

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

RENATA ANGELONI BURIGO

**PLANEJANDO O PARTO NO DOMICÍLIO E TENDO QUE
PARIR NO HOSPITAL: SIGNIFICADOS DA EXPERIÊNCIA
PARA AS MULHERES**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

RENATA ANGELONI BURIGO

**PLANEJANDO O PARTO NO DOMICÍLIO E TENDO QUE
PARIR NO HOSPITAL: SIGNIFICADOS DA EXPERIÊNCIA
PARA AS MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dra. Marisa Monticelli
Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-nascido.

**FLORIANÓPOLIS
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Burigo, Renata Angeloni

Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital: : significados da experiência para as mulheres / Renata Angeloni Burigo ; orientadora, Marisa Monticelli - Florianópolis, SC, 2013.

139 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Parto domiciliar. 3. Cultura. 4. Enfermagem obstétrica. 5. Acontecimentos que mudam a vida. I. Monticelli, Marisa . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

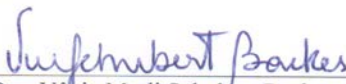
RENATA ANGELONI BÚRIGO

**PLANEJANDO O PARTO NO DOMICÍLIO E TENDO QUE PARIR NO
HOSPITAL: SIGNIFICADOS DA EXPERIÊNCIA PARA AS
MULHERES**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

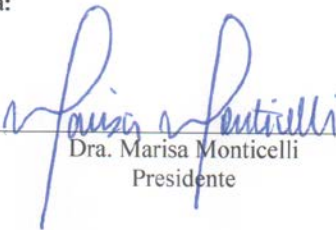
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 21 de fevereiro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.**

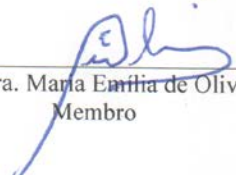


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

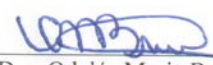
Banca Examinadora:




Dra. Marisa Monticelli
Presidente



Dra. Maria Emilia de Oliveira
Membro



Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Membro



Dra. Evangelia Kotziás Atherino dos Santos
Membro

AGRADECIMENTOS

Durante esses dois anos muitos foram os desafios, as superações, as vitórias, as tristezas e as alegrias.

O ciclo da vida, do nascimento à morte, se fez presente de forma marcante na família - *“É o Ciclo sem fim; Que nos guiará; A dor e a emoção; Pela fé e o amor; Até encontrar o nosso caminho; Nesse ciclo; Nesse ciclo sem fim”* (Ciclo da vida – Rei Leão) - ao trazer crianças renovadas de amor e alegria e outras ainda que estão por vir, e levar seres especiais que fizeram suas caminhadas, deixando bons ensinamentos a serem seguidos. À minha avó materna Madalena e ao meu pai por deixarem boas lembranças e terem dedicado suas vidas à família, de forma amorosa e incondicional. Saudades...

Agradeço às pessoas que estiveram comigo nos momentos especiais, e que, de alguma forma, contribuíram para o engrandecimento desse trabalho:

À professora Dra. Marisa Monticelli, por ter me acolhido como orientanda. Agradeço pela orientação e compartilhar de conhecimento, pela paciência, dedicação e compreensão ao longo desses dois anos.

Aos demais membros da banca examinadora, Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra. Odaléa Maria Brüggemann, Dra. Maria Emília Oliveira e Dra. Vitória Regina Petters Gregório, pela leitura atenta e pelas valiosas contribuições. Agradeço também às alunas do doutorado Dda. Vania Sorgatto Collaço e Dda. Manuela Beatriz Velho pelo incentivo e apoio nas apreciações.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de qualificação na minha vida acadêmica, sendo um programa de excelência.

Aos professores do Programa, pelo conhecimento transmitido e troca de saberes.

À minha turma de mestrado, pelas boas discussões e compartilhamento de experiências em sala de aula, em especial à Sandra e à Juliana, pela oportunidade de conhecê-las melhor e dividir os obstáculos enfrentados

ao longo do percurso.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), pelo apoio e contribuições nos encontros.

Aos meus pais Clóvis e Arlete, por me amarem incondicionalmente, e por representarem um porto seguro. Perto ou longe, vocês estão sempre presentes.

Às minhas irmãs Anelise e Jacqueline, por estarem sempre ao lado, por compartilharem das minhas tristezas e alegrias. A vida fica mais fácil com vocês ao meu lado.

Ao Gabriel, fortaleza dos meus sentimentos, agradeço pelo suporte, paciência e compreensão.

Aos meus sogros Paulo Afonso e Léa, por me acolherem como filha.

À Iara, por ter sido a primeira pessoa a me fazer pensar e refletir sobre a possibilidade de uma mulher parir em casa, quando decidiu, ainda na faculdade, ter sua primeira filha no aconchego do lar, à Vânia, por mostrar uma assistência de enfermagem obstétrica responsável, habilidosa, acolhedora e segura ao partejar em domicílio, e à Joyce, pela ajuda na escolha do tema para o desenvolvimento desta dissertação.

À minha querida e especial amiga Iara, por todos os momentos de incentivo, carinho, paciência, dedicação e amizade. *“Os melhores amigos; Não trazem dentro da boca; Palavras fingidas ou falsas histórias; Sabem entender o silêncio; E manter a presença mesmo quando ausentes; Por isso mesmo apesar de tão raros; Não há nada melhor do que um grande amigo”* (Amizade Sincera – Renato Teixeira).

Às minhas amigas Clariana, Tânia e Manu, pela amizade, sup pelos encontros de aprendizado na cozinha, além de muitas risadas.

À Equipe Hanami, pela acolhida nos seis anos em que tive privilégio e honra de participar. Agradeço pelos inúmeros aprendizados, crescimento como pessoa e como profissional, e pela amizade.

Às profissionais do parto domiciliar: Equipe Hanami, Ricardo e Zeza Jones, Ana Cris Duarte, Heloísa Lessa, Pedrão e Veruscka Gromann,

pelas indicações de mulheres para a coleta de dados e pela rede de suporte nessa arte de partear.

Às colegas e à chefe do centro obstétrico da Maternidade Carmela Dutra - SES/SC, pelo incentivo e compreensão nas vezes que me fiz ausente para que pudesse fazer a coleta de dados e estudar de forma mais intensa.

Às amigas e amigos da caminhada espiritual, pela compreensão e suporte ao longo desses anos.

A todos os amigos que, de perto ou longe, sempre estão presentes na minha vida. O que seria da vida sem amigos...

Às mulheres participantes deste estudo, que, com disponibilidade e interesse, aceitaram-me em suas vidas, e fizeram com que este estudo se concretizasse. Quando se tem a oportunidade de ouvir mulheres falando sobre suas histórias de vida em relação ao processo de parturição, pode-se vivenciar fortes emoções e sentimentos, que vão além dos apresentados aqui.

A Deus, por me ajudar a superar os momentos de dificuldades e potencializar os de alegrias.

*“E aprendi que se depende sempre,
De tanta, muita, diferente gente,
Toda pessoa sempre é as marcas,
Das lições diárias de outras tantas pessoas,
E é tão bonito quando a gente entende,
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá,
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar [...]
E aprendi ...”
(Gonzaguinha – Caminhos do coração)*

BURIGO, Renata Angeloni. **Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital:** significados da experiência para as mulheres, 2012. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Monticelli

Linha de pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-nascido

Data de defesa: 21/02/2013

RESUMO

Estudo exploratório-descritivo qualitativo, sob aporte da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, cujo objetivo foi compreender os significados atribuídos pelas mulheres à experiência de prepararem-se para o parto no domicílio e terem que enfrentar o desfecho de parir no hospital. Para a coleta de dados utilizou-se o Método História de Vida, através da entrevista aberta com 21 mulheres residentes em três capitais brasileiras, durante o período de novembro de 2011 a abril de 2012. As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise temática. Os resultados foram apresentados na forma de três artigos. O primeiro, “Tendo que ir para o hospital após desejar parir no domicílio: sentimentos das mulheres no momento da transferência” revela que essas mulheres passam por sentimentos de frustração, incapacidade e tristeza quando a transferência se concretiza, já que contrapõe ao ideal de parto que foi planejado durante muito tempo. O segundo, “Remoções de parturientes do domicílio para o hospital: significados para as mulheres que vivenciaram a experiência” identifica que a maioria se sente indignada e despersonalizada frente aos trâmites e às rotinas institucionais. Percebe-se que as mulheres que tiveram parto normal demonstram melhor enfrentamento da remoção, se comparadas com as que passaram pela cesárea. O terceiro artigo, “Do domicílio para o hospital: percepções das parturientes sobre o atendimento profissional por ocasião da transferência” mostra a insatisfação com a atuação dos profissionais que prestaram cuidados nas maternidades, com exceção da atenção recebida por parte dos anestesistas. Por outro lado, demonstram satisfação com relação aos profissionais do parto domiciliar, especialmente no que diz respeito à atuação das enfermeiras, com destaque para o acompanhamento após a alta hospitalar. As mulheres fazem recomendações para que os profissionais do parto domiciliar

possam superar as fragilidades por elas vivenciadas por ocasião da remoção para as instituições de saúde. A compreensão dos significados atribuídos pelas mulheres à situação de transferência para instituição possibilita que os profissionais das maternidades e os atuantes nas equipes de parto domiciliar adotem assistência congruente com as crenças e valores das mulheres e de suas famílias, que se desdobrará numa atenção envolta por dignidade e respeito, centrada nas necessidades culturais das mesmas.

PALAVRAS-CHAVE: Parto domiciliar. Cultura. Enfermagem obstétrica. Acontecimentos que mudam a vida. Transferência de pacientes.

BURIGO, Renata Angeloni. **Planning a home birth but delivering at the hospital:** meanings held by women concerning this experience, 2012. 139s. Dissertation (Master in Nursing) – Post-graduation Nursing Program, Federal University of Santa Catarina - Florianópolis. 2013.

Advisor: Profa. Dra. Marisa Monticelli

Research Line: Maternal-Newborn Nursing Care

Dissertation defense date: 21/02/2013

ABSTRACT

The objective of this exploratory-descriptive qualitative study, conducted under the Theory of Cultural Care Diversity and Universality, was to understand the meanings attributed by women to the experience of preparing for a home birth and having to face a hospital birth. The Life History method was used to collect data through open interviews with 21 women from three Brazilian capitals from November 2011 to April 2012. The interviews were transcribed and submitted to thematic analysis. The results are presented in the form of three papers. The first, “Having to go to hospital after wanting to give birth at home: women’s feelings when being transferred”, reveals that these women experience frustration, failure, and sadness when the transfer to a hospital takes place, since it negates the ideal birth planned for so long. The second paper, “Transfer of parturient women from home to the hospital: meanings for women who went through the experience”, shows that most women feel indignant and depersonalized when facing institutional procedures and routines. Those who had normal births cope better with the transfer compared to those who had a C-section. The third paper, “From home to the hospital: parturient women’s perceptions on professional care on the occasion of the transfer” reveals the dissatisfaction of women with the work of professionals delivering care in hospital maternity wards, with the exception of care provided by anesthetists. In turn, the women show satisfaction with professionals assisting home births, especially in relation to nurses, highlighting follow-up after hospital discharge. The women recommend that professionals assisting home births overcome the obstacles these women had to experience at the time they were transferred to a health facility. Understanding the meanings women attribute to the transfer to a health facility enables professionals practicing in hospital maternity wards and those assisting home deliveries to adopt care practices congruent with the beliefs and values of these women and their families, resulting in

care practices permeated by dignity and respect, focused on their cultural needs.

DESCRIPTORS: Homebirth. Culture. Obstetric nursing. Life change events. Patient transfer.

BURIGO, Renata Angeloni. **Planeando el parto en domicilio y teniendo que parir en el hospital:** significados de la experiencia para las mujeres, 2012. 139h. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2013.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Monticelli

Línea de Investigación: El Cuidado de Enfermería a la Salud de la Mujer y del Recién-nacido

Fecha de la defensa de la Disertación: 21/02/2013

RESUMEN

Estudio exploratorio-descriptivo cualitativo, partiendo del referencial de la Teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural, con objeto de comprender los significados atribuidos por las mujeres a la experiencia de prepararse para el parto en domicilio y tener que enfrentar el desenlace de parir en el hospital. Para recolectar los datos, fue utilizado el Método Historia de Vida, a través de entrevistas abiertas con 21 mujeres residentes en tres capitales brasileñas, entre noviembre del 2011 y abril del 2012. Las entrevistas fueron transcritas y sometidas al análisis temático. Los resultados fueron presentados en tres manuscritos. El primer, “Teniendo que ir al hospital tras desear parir en domicilio: sentimientos de las mujeres en el momento de la transferencia” revela que esas mujeres pasan por sentimientos de frustración, incapacidad y tristeza cuando la transferencia se concretiza, ya que contrapone al ideal de parto proyectado durante mucho tiempo. El segundo, “Remociones de parturientes del domicilio al hospital: significados para las mujeres que vivieron la experiencia” identifica que la mayoría se siente indignada y despersonalizada ante los trámites y las rutinas institucionales. Se percibe que las mujeres que pasaron por parto normal demuestran mejor enfrentamiento de la remoción cuando comparadas con aquellas que pasaron por cesárea. El tercer manuscrito, “Del domicilio al hospital: percepciones de las parturientes sobre la atención profesional con ocasión de la transferencia”, muestra la insatisfacción con la actuación de los profesionales que prestaron cuidados en las maternidades, excepto la atención recibida de los anestesiistas. Por otra parte, demuestran satisfacción respecto a los profesionales del parto domiciliario, especialmente respecto a la actuación de las enfermeras, destacando el acompañamiento tras el alta. Las mujeres formulan recomendaciones para que los profesionales del parto

domiciliar puedan superar las fragilidades que vivieron con ocasión de la remoción a las instituciones de salud. La comprensión de los significados atribuidos por las mujeres a la situación de transferencia a una institución posibilita que los profesionales de las maternidades y aquellos que actúan en los equipos de parto domiciliar adopten una atención congruente con las creencias y valores de las mujeres y sus familias, que se redoblará en una atención envuelta por dignidad y respecto, centrada en sus necesidades culturales.

DESCRIPTORES: Parto en casa. Cultura. Enfermería obstétrica. Acontecimientos que cambian la vida. Transferencia de pacientes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IMBCI - Iniciativa Internacional pelo Nascimento Mãe-Bebê

GRUPESMUR - Grupo de Pesquisa na Saúde da Mulher e do Recém-nascido

OMS - Organização Mundial da Saúde

PD - Parto domiciliar

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TP - Trabalho de parto

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	29
2.1 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL: VISÃO GERAL	30
2.2 MARCO CONCEITUAL.....	32
2.2.1 Pressupostos básicos.....	33
2.2.2 Conceitos inter-relacionados	35
3 PERCURSO METODOLÓGICO	43
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	43
3.2 AS DEPOENTES	45
3.3 PROCEDIMENTOS PARA O ACESSO ÀS DEPOENTES DO ESTUDO	46
3.4 A ENTREVISTA COMO TÉCNICA DE EXCELÊNCIA PARA A COLETA DE DADOS	48
3.5 REGISTRO DOS DADOS	51
3.6 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	52
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1 ARTIGO 1 - TENDO QUE IR PARA O HOSPITAL APÓS DESEJAR PARIR NO DOMICÍLIO: SENTIMENTOS DAS MULHERES NO MOMENTO DA TRANSFERÊNCIA	56
4.2 ARTIGO 2 - REMOÇÕES DE PARTURIENTES DO DOMICÍLIO PARA O HOSPITAL: SIGNIFICADOS PARA AS MULHERES QUE VIVENCIARAM A EXPERIÊNCIA	76
4.3 ARTIGO 3 - DO DOMICÍLIO PARA O HOSPITAL: PERCEPÇÕES DAS PARTURIENTES SOBRE O ATENDIMENTO PROFISSIONAL POR OCASIÃO DA TRANSFERÊNCIA	98
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICES.....	131
ANEXOS	137

1 INTRODUÇÃO

O parto é um evento social, singular e experiência quase sempre comemorativa na vida da mulher e de seu companheiro e, na maioria das vezes, envolve também suas famílias. Trata-se de experiência humana das mais significativas e enriquecedoras para todos que dela participam (SILVA, BARBIERI, FUSTINONI, 2011; MILBRATH et al., 2010; SCHMALFUSS et al., 2010; RATTNER, TRENCH, 2005; BRASIL, 2001; MALDONADO, 2000).

Algumas mulheres acreditam que o ambiente influencia no momento do parto e buscam lugares que se sintam mais confortáveis para viver essa experiência. No Brasil, atualmente, em várias cidades, as mulheres com gestação de baixo risco podem encontrar assistência adequada e segura tanto nas maternidades, quanto nas suas próprias casas ou nos Centros de Parto Normal. No entanto, O censo de 2010 mostrou que 98,1% dos partos ocorreram no ambiente hospitalar, 0,93% em ambiente domiciliar e 0,92% em outro estabelecimento de saúde (como por exemplo, Centros de Parto Normal, Unidades de Pronto Atendimento, entre outros) (DATASUS, 2010). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1996), qualquer que seja o ambiente escolhido pela mulher, deve atender às suas necessidades e respeitar sua cultura.

A maioria das famílias concebe o parto, especialmente, como um evento de celebração da vida, e algo a ser vivenciado da forma mais subjetiva possível, de modo que faça sentido para elas e seja permeado por trocas afetivas, sem desconsiderar a segurança necessária à promoção da saúde da mãe e do recém-nascido. Para isso, buscam formas alternativas de vivenciar a experiência, ou seja, em contextos com menor dependência de intervenções obstétricas não necessárias, o que significa, quase sempre, afastar-se das instituições hospitalares ou das maternidades, e então, se a opção estiver disponível, escolher o domicílio para ter o bebê, auxiliadas por profissionais de saúde preparados para ajudar no processo (FEYER, 2012; KOETTKER, 2010; SOUZA, 2005; DINIZ, 2001).

A procura pelo domicílio, como local de escolha para dar à luz, tem sido justificada, por algumas mulheres, especialmente, em razão da adoção profissional de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, da possibilidade de participarem ativamente da experiência do parto (sendo incentivadas a expressarem seus anseios, necessidades e sentimentos, de forma a não serem “julgadas” pelos “excessos” de

expressões subjetivas), em decorrência da menor percepção da sensação dolorosa, da efetiva presença de outros familiares no cenário do parto, da melhor troca afetiva com o bebê, da expectativa de experienciarem o evento de acordo com os valores e rituais de cuidado que fazem sentido para elas, de acordo com suas culturas, além de outras alegações desta natureza (SOUZA, 2006, 2005; TORNQUIST, 2004).

Além disso, é importante salientar que quando há mais de uma opção pelo local do parto, é direito da mulher escolher onde ela quer ter o bebê. Segundo a OMS, este direito faz parte das práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. Esta organização internacional ressalta que se deve respeitar “a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações” e que se deve fornecer “assistência obstétrica no nível mais periférico, onde o parto for viável e seguro, e onde a mulher se sentir segura e confiante” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 36). Tais prerrogativas são explicitamente adotadas por várias instituições governamentais, no mundo todo e, inclusive, pelo Ministério de Saúde brasileiro (BRASIL, 2001).

No Brasil, atualmente, além das parteiras tradicionais, é possível recorrer a profissionais especializados, que atendem partos domiciliares, em pequenos e grandes centros urbanos. De acordo com Souza (2006), “dar à luz em casa, sob assistência profissional, nas grandes cidades brasileiras, vem se tornando uma opção para várias famílias de camadas médias, adeptas de sistemas terapêuticos ditos alternativos” (SOUZA, 2006, p. 1), ou seja, de práticas terapêuticas não tradicionais.

Medeiros, Santos e Silva (2008), em pesquisa sobre a opção pelo parto domiciliar, na atualidade, em grandes centros urbanos, mostraram que, apesar do acesso a este tipo de parto ser relativamente simples, uma vez que a oferta da assistência profissional está crescendo, esta é uma decisão que depende quase exclusivamente do desejo das próprias mulheres. As autoras mostraram, também, que essa preferência está relacionada à busca constante que as mulheres fazem a respeito de informações atualizadas sobre a gestação e o parto, assim como os direitos que possuem sobre a assistência profissional a ser recebida durante o parto. Nesta busca, elas também se dão conta que podem lutar por um parto mais respeitoso e que devem ser ativistas em prol de maior protagonismo no nascimento do filho.

Kruno (2004), ainda, expõe algumas justificativas da escolha das mulheres pelo parto domiciliar, destacando a busca pela privacidade e intimidade, o que favorece o relaxamento, a possibilidade de melhor interação com o companheiro, a participação dos filhos mais velhos ou

familiares, a expectativa de maior contato com o bebê, assim que nasce e, para as mulheres que estão passando pela segunda ou terceira vez pela experiência, apontam a boa disposição física e mental logo após o parto. Tais justificativas se aliam à percepção de que a instituição hospitalar é vista por elas como lugar para pessoas doentes, ou para as gestantes com risco obstétrico e/ou fetal.

As mulheres optam pelo domicílio, pelas características do lugar, ou seja, o fato de ser um cenário familiar incentiva essas mulheres a organizarem a casa, de acordo com seus gostos, suas necessidades e conforto (LARGURA, 2006; SOUZA, 2005; LESSA, 2003). Tornquist (2002) refere que a escolha pela vivência do parto domiciliar traz alguns dos valores individualistas/libertários ao campo da parturição, entre eles, a sexualidade da mulher, a participação do pai no processo, a valorização do feto/recém-nascido como um sujeito dotado de individualidade; sendo tudo isso fruto da incorporação de um tipo-ideal de parto.

A busca por tais valores, no entendimento de Diniz (2001), está na vivência do que atualmente é chamado movimento pelo parto humanizado, no qual se reconhecem e valorizam os aspectos fisiológicos do parto e, através deste reconhecimento, aborda-se a mulher de forma integral. Este movimento, que está fortemente centrado na desmedicalização do processo do nascimento, também repercute na revalorização do parto em nível domiciliar.

Na visão oficial das atuais políticas públicas brasileiras e dos movimentos sociais, a medicalização do parto começou quando a mulher perdeu a autonomia para parir e o corpo feminino passou a ser enquadrado como uma espécie de máquina para a geração de crianças. Nesta concepção, os eventos como a gestação e a menopausa, por exemplo, passaram a ser vistos como doenças, e não como eventos fisiológicos. Em consequência, o parto passou a ser considerado um evento cirúrgico (BRASIL, 2001). Prova disso é o crescente número de cesáreas no Brasil. No ano de 2001, o índice era de 38,1%, e no ano de 2007 subiu para 46,5%. Nesse mesmo ano, o índice de cesárea na região sul foi de 52,8%, e na região sudeste alcançou a marca de 54,2%, sendo o maior índice das regiões em todos os tempos (BRASIL, 2010). Isso mantém o Brasil como um dos recordistas mundiais em cesarianas.

Num ambiente de medicalização da assistência, as consequências emocionais para as mulheres e recém-nascidos geralmente não são valorizadas. Muitas vezes, quando o bebê está próximo de nascer, a mulher muda de sala, onde têm muitos equipamentos que lhe são estranhos, a temperatura ambiente é mais baixa, há focos de luz apontados em seus olhos, ela não reconhece os profissionais que a estão

acompanhando, pois, muitas vezes, seus rostos estão atrás de máscaras, toucas e/ou cobertos por tecidos azuis (campos cirúrgicos). Esse contexto “estéril” pode desencadear medo, tensão pelo desconhecido, e ainda, elevar os níveis de adrenalina da parturiente, pouco antes do período expulsivo, o que é extremamente perverso, já que a substância é considerada um hormônio que desfavorece o trabalho de parto fisiológico (ZVEITER; PROGIANTI; VARGENS, 2005). Para o neonato, a chegada em um ambiente frio, com luzes voltadas para sua face, barulhos diferentes do habitual, clampeamento e secção precoce do cordão umbilical, aspiração das vias aéreas, aquecimento em berço de calor irradiante, assim como aplicação de antisséptico ocular podem trazer consequências negativas na formação do vínculo (ZVEITER, PROGIANTI, VARGENS, 2005; LEBOYER, 1999).

Diante deste contexto, a nova ideologia impregnada no discurso da OMS, das organizações sociais, de profissionais interessados na promoção da vivência de um parto menos medicalizado e também do Ministério da Saúde, é a de incentivar e lutar por políticas públicas que auxiliem neste processo de desmedicalização. Então, na esteira deste desafio, tem-se apontado medidas de incentivo ao parto normal, ainda que em cenário institucional, que incluem, dentre outras, a valorização de enfermeiras obstétricas no atendimento ao parto normal sem distócia, o uso de métodos não medicamentosos para alívio da dor, a garantia de suporte emocional, promovido por meio da presença do acompanhante ou da “doula”¹, o estímulo ao vínculo mãe-bebê imediatamente após o parto, e a diminuição de intervenções agressivas, “como o uso rotineiro de enema, tricotomia, episiotomia, prática liberal da cesariana, uso de medicações – ocitocina no trabalho de parto e comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia” (BRASIL, 2001, p. 188). A realização do parto em cenários extra-hospitalares, como casas de parto e domicílios, também tem sido apontada como alternativa de desmedicalização, e tem sido referendada por profissionais e estudiosos do assunto (GAUDENZI, ORTEGA, 2012; AZEVEDO, 2008; LARGURA, 2006; SOUZA, 2005).

No Brasil, os profissionais de saúde que hoje atendem a partos domiciliares têm crescido numericamente, conforme é demonstrado nas discussões e apresentações da “comunidade profissional” que participa dos eventos científicos relacionados à área, e também alguns estudos que focalizam o parto domiciliar em múltiplas abordagens e contextos,

¹ Refere-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes antes, durante e após o parto (SANTOS, NUNES, 2009; BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005).

como é o caso de Martins, Almeida e Mattos, (2012), Feyer (2012), Osava, Tsunechiro e Saito (2010), Viana (2010), Koettker (2010), Carneiro (2009), Rattner (2009), Souza (2005) e Tornquist (2004).

Esses profissionais, em geral, prestam atendimento em equipes, como é o caso de um grupo multidisciplinar que atua em Porto Alegre-RS, que é constituído por um médico, uma enfermeira obstétrica e uma “doula” (KRUNO, 2004), a equipe de enfermeiras obstétricas que atende na cidade do Rio de Janeiro-RJ (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008), o grupo de enfermeiras obstétricas que atua na capital e no interior do Estado de São Paulo (COLACIOPPO et al., 2010), e ainda, a Equipe Hanami, que assiste a partos domiciliares, na cidade de Florianópolis-SC (KOETTKER et al., 2008). Esta equipe, da qual fui integrante, desde o ano de 2006 até meados de 2012, atua hoje com duas enfermeiras obstétricas e três enfermeiras obstétricas e neonatais.

Minha relação com o parto domiciliar começou ainda na graduação de enfermagem, no ano de 2005, quando uma colega de turma teve seu parto em casa, assistido por uma enfermeira obstétrica. Nesse mesmo ano, em colaboração com outras três acadêmicas de enfermagem, optamos por realizar nosso trabalho de conclusão de curso, no contexto do parto domiciliar (PETER et al., 2005), utilizando como referencial teórico a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Mais tarde, conforme descrevi anteriormente, passei a integrar esta equipe, na qual permaneci por seis anos.

Durante esta trajetória veio se configurando o problema que apresento nesta pesquisa, e que se relaciona com a sensação de frustração que envolve a equipe, porém, com mais ênfase, a parturiente, naquelas ocasiões em que tudo estava planejado para a ocorrência do parto no domicílio e, por motivos clínico-obstétricos – tais como: parada de progressão da descida do feto (18,2%), parada da dilatação cervical (18,2%), desproporção céfalo-pélvica (9,1%), exaustão materna e necessidade de analgesia (9,1%), assínclitismo (9,1%), mecônio e parada da dilatação cervical (9,1%) e bolsa rota há mais de 16 horas sem trabalho de parto (9,1%) (KOETTKER, 2010), – a mesma precisa ser transferida para a instituição hospitalar, a fim de que continue sendo observada a condição segura para a saúde da mulher e de seu bebê. Percebo que essa “transferência” abala a mulher de várias maneiras, e seu desapontamento é visível, ainda que o desfecho obstétrico e neonatal seja positivo.

Em oportunidades de encontros posteriores com estas mulheres, após o nascimento, os profissionais desta equipe de parto domiciliar comentam sobre as dificuldades de superação que as mulheres referem

ou demonstram, seja com relação à decepção com o fenômeno da mudança do local do nascimento *per se*, ou com o fato de terem sido “questionadas” ou mesmo “cobradas” pelos profissionais do hospital, pela opção que fizeram. Muitas mulheres vão às lágrimas ao recordarem o evento, acompanhadas de palavras de decepção e desconsolo. Algumas relatam, inclusive, que são vítimas de violência verbal, quando alguns profissionais do hospital ficam sabendo da primeira opção pelo parto em casa. Os profissionais da equipe também referem frustração e sensação de impotência, por ainda não possuírem mecanismos cognitivos e/ou instrumentais que os auxiliem no processo de fortalecimento dessas mulheres.

Em muitos contatos que eu, especialmente, tive com essas mulheres, em encontros pós-parto, ouvi depoimentos do tipo: ‘eu não consegui’, ‘eu não fui capaz’, ‘o que aconteceu que não desceu?’ (em casos de falta de progressão da apresentação no canal vaginal) ‘O que eu fiz de errado?’ ‘O que eu deveria ter feito e não fiz?’ ‘Por quê será que o pessoal que trabalha no hospital não consegue aceitar que eu escolhi o domicílio para ter o parto?’ ‘Me senti cobrada e até humilhada pelos profissionais do hospital, só porque eu não optei pelo parto institucional!’ ‘A equipe avaliou corretamente? Ficou insegura?’ ‘Será que o encaminhamento foi realmente necessário?’

Falas como essas são correntes e parecem traduzir sentimentos de frustração e também de vitimização de preconceitos provenientes da equipe hospitalar, acerca da opção que estas mulheres fizeram pelo parto domiciliar. Dialogando com profissionais que integram outras equipes de assistência ao parto domiciliar, em outras regiões do país, esta questão também vem à tona, mostrando então que o problema não é localizado, mas sim, algo que ocorre de forma transversal, com outras mulheres que vivenciam situações similares.

Penso que esta problemática está essencialmente voltada à dificuldade que nós, profissionais de saúde (atuantes nos âmbitos hospitalar ou domiciliar) temos, de compreender os símbolos e significados culturais que se encontram na base dos julgamentos dessas mulheres acerca de suas vidas, seus desejos, suas esperanças e de suas experiências com o parto, e é por essa razão que a presente investigação foi desenvolvida. Sempre acreditei que ao explorar os valores, as crenças, os mitos, os hábitos, as práticas cotidianas dessas mulheres, referentes às suas visões de mundo – incluindo aí o parto –, assim como as interlocuções que fazem entre os seus sistemas de cuidado e os sistemas de saúde profissionais (LEININGER, 1991), os profissionais de saúde, entre outras repercussões, poderiam ter condições mais

concretas de ajudá-las no entendimento, enfrentamento e na superação dessas dificuldades.

Além desta problemática que a realidade dos processos de transferência ensejam, a literatura da área também não tem sido profícua para responder a tais questionamentos. Uma revisão sistemática² que foi produzida pelo Grupo de Pesquisa na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), por exemplo, tomando por base estudos publicados em língua portuguesa, sobre o tema “parto domiciliar”, desde 1986 – ano da regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem Obstétrica – até dezembro de 2010, mostrou que as publicações provenientes de investigações científicas com este objeto, são escassas. Sobre a problemática da transferência da mulher para o hospital, durante o trabalho de parto, é mais raro ainda. Detectamos apenas duas pesquisas desenvolvidas no Brasil, que levantam uma interface desta questão, e mesmo assim, com dados quantitativos (KOETTKER et al, 2012; COLACIOPPO et al., 2010).

No final de 2010, uma dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) explorou, dentre outros objetivos, as taxas e as causas de transferências maternas e neonatais decorrentes da assistência ao parto domiciliar planejado, por enfermeiras obstétricas, bem como o desfecho do nascimento em âmbito hospitalar, porém, os dados também são quantitativos (KOETTKER, 2010).

A pouca literatura existente sobre parto domiciliar e transferências do local de parto, do domicílio para o hospital, aponta uma lacuna no que se refere aos sentimentos dessas mulheres frente à situação, bem como, quanto aos significados que as mesmas imprimem com relação à experiência vivenciada, enquanto mulheres e mães.

Em vista disso, a questão norteadora da investigação foi a seguinte: quais os significados que as mulheres atribuem à experiência de ter dado à luz no hospital, quando idealizavam ter o parto no domicílio? Teve-se por objetivo compreender os significados atribuídos pelas mulheres à experiência de prepararem-se para o parto no domicílio e terem que enfrentar o desfecho de parir no hospital.

² FEYER, I. S. S. et al. Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. Encontra-se no prelo da Revista Texto & Contexto Enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

O referencial teórico oferece um modo particular para olhar o fenômeno que se pretende pesquisar. Segundo investigadores do paradigma qualitativo, a(s) teoria(s) auxilia(m) desde o recorte do problema, a escolha pelos procedimentos e estratégias mais relevantes para a coleta de dados, além de ancorar a discussão dos resultados e a interpretação e análise das informações obtidas (LEININGER, McFARLAND, 2006; LEININGER, 1991; MELEIS, 1985). De modo mais abrangente ainda, alguns autores desta abordagem investigativa adicionam que o referencial teórico favorece também o desenvolvimento e o estabelecimento do conhecimento da(s) disciplina(s) dentro da qual o pesquisador atua (TRENTINI, PAIM, 2004; FELDMAN, 2001; NEVES, GONÇALVES, 1984).

De acordo com Trentini e Paim (2004), Tomey (1999, 1994) e Marriner (1989), teoria é um conjunto de conceitos, definições e proposições que apresentam estreita relação entre si e expõem uma visão sistemática de um determinado fenômeno. Leininger (1991, p. 34, tradução nossa) acrescenta que a “inter-relação entre conceitos, expressões, significados e experiências que descrevem, explicam, preveem e interpretam algum fenômeno ou domínio de investigação são adquiridos através de um processo de descoberta aberto, criativo e naturalístico”. Além disso, o estudo de uma teoria facilita ao pesquisador desenvolver capacidade de análise, raciocínio e esclarecimento de valores acerca do fenômeno investigado (TOMEY, 1999, 1994; MARRINER, 1989). Meleis (1985, p. 137) acrescenta que, na Disciplina da Enfermagem, a teoria consubstancia-se numa “conceituação articulada e comunicada da realidade, criada ou pertinente à enfermagem, para os propósitos de descrição, explicação, predição ou prescrição do cuidado de enfermagem”.

Para cumprir com estes propósitos, a teoria deve apresentar **pressupostos**, explicitar **conceitos e definições**, além de exibir a relação que existe entre esses conceitos. A estes requerimentos, Tomey (1999) e Neves e Gonçalves (1984) também denominam como **Marco Conceitual**. Para Chinn e Kramer (1995), “Teoria” difere de “Marco Conceitual” apenas em nível de complexidade, sendo a primeira, mais abrangente (abstrata), e a segunda, mais “prática”, ou seja, voltada à realidade mais próxima do enfermeiro ou do pesquisador de enfermagem.

Para suprir as exigências da fase de concepção, esta pesquisa se sustentou na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural da Dra. Madeleine Leininger, uma vez que a mesma poderia auxiliar na compreensão dos significados que as mulheres imprimiam à experiência de terem que enfrentar a hospitalização, quando a expectativa e o desejo eram que o parto tivesse ocorrido no domicílio. O propósito dessa teoria destina-se a descobrir as diversidades e universalidades do cuidado humano em relação à visão de mundo, estrutura social e outras dimensões da vida e, a partir disso, descobrir formas de prover cuidado culturalmente congruente para pessoas de culturas diferentes ou similares, de forma a manter a saúde e o bem-estar, que façam sentido para as pessoas (LEININGER, McFARLAND, 2006; LEININGER, 1991).

2.1 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL: VISÃO GERAL

Nos anos 50, Leininger percebeu, trabalhando com crianças, que algumas diferenças comportamentais apresentadas se deviam à diferença cultural e que, devido a isso, não possuía conhecimento suficiente para compreendê-las e desenvolver práticas de cuidados de enfermagem que fossem congruentes com a diversidade de culturas existentes (GEORGE, 2000; LEININGER, 1985a). Através desse reconhecimento de diferenças e semelhanças, Leininger (1985a) começou a refletir sobre a maneira como as crenças, valores e práticas interferiam no estado de saúde e doença das pessoas. A partir de então, ela passou a se dedicar ao estudo da Antropologia Cultural, tendo sido a primeira enfermeira a realizar pesquisas e produções sistemáticas neste campo.

Amparada por suas experiências profissionais e também pelas experiências de vida, Leininger foi percebendo, aos poucos, que havia aproximações íntimas entre as observações clínicas que realizava e os estudos das culturas, que eram desenvolvidos pelos antropólogos. Começou a perceber que cada modo de cuidar era específico e inteiramente influenciado pelas diversas culturas (LEININGER; McFARLAND, 2006). Então, através do pensamento criativo e a descoberta da estreita relação entre a cultura e os fenômenos de cuidados, a teórica começou a vislumbrar o desenvolvimento de uma teoria. Porém, viu como um desafio a junção entre cultura e cuidado, dentro desse novo conceito teórico. Ela precisaria aprofundar seus

estudos em cultura e cuidado e a inter-relação entre eles (LEININGER; Mc FARLAND, 2006).

Para dar conta de complexa tarefa, Leininger (1991) foi buscar conhecimento na própria Enfermagem, aliando-a aos saberes de diversas outras Disciplinas, como a Filosofia, a Antropologia e outras Ciências Sociais. Paralelamente, buscou reforçar estudos sobre o modo como as pessoas viviam, em diferentes contextos e lugares. Para o foco da estrutura conceitual, alicerçou-se no construto “cultura”, sob o olhar da Antropologia Cultural, e no construto “cuidado” sob o olhar da Enfermagem. Assim, o cuidado passou a ser vislumbrado em uma nova forma, ou seja, intensamente tingido pela definição de cultura, havendo, em associação, um novo modo de conceber o “pensar” e o “fazer” profissional, no que diz respeito à saúde e ao bem-estar das pessoas. Já, o cuidado, foi constituído a partir do estudo de cada cultura, na qual “toda cultura humana tinha algumas formas, padrões, expressões e estruturas de cuidar, de saber, explicar e prever o status de bem-estar, saúde ou doença” (LEININGER, 1991, p. 24, tradução nossa).

A autora sempre enfatizou que a teoria em questão é muito importante para a enfermagem, já que essa profissão trabalha com públicos variados, em diversos lugares, e presta múltipla assistência. É a primeira teoria a considerar a enfermagem como um fenômeno “pan-universal”. Outros autores também são unânimes em afirmar que Leininger construiu algo novo para a enfermagem e que é um referencial com foco centrado nas pessoas, o que a difere das outras teorias, nas quais, muitas vezes, o foco está nas hipóteses do pesquisador (LEININGER, 1991; MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI, 1999). Essa teoria difere de outras, também, por não estar centrada na doença, sintoma ou tratamento médico; ela foca o cuidado de acordo com a cultura do indivíduo e a forma como esse quer ser cuidado (LEININGER, 1991).

Além disso, lida com o cuidado diferenciado, de acordo com a perspectiva “emic”, ou seja, a visão “interna” da cultura, ao mesmo tempo em que lida com princípios gerais do cuidado à saúde, principalmente sob o ponto de vista da enfermagem, que ela denominou como perspectiva “etic” (LEININGER, 1991). A teoria indica, portanto, que quando as diversidades culturais do cuidado são identificadas e ajustadas, conforme as crenças, valores e modo de vidas das pessoas, há a justificativa da necessidade do cuidado transcultural da enfermagem (LEININGER, 1985a).

Para auxiliar a enfermagem a definir os principais conceitos e as inter-relações da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado

Cultural, Leininger desenvolveu um modelo, ao qual deu o nome de “Modelo do Sol Nascente” (*Sunrise*), que simboliza o “surgimento do sol”. Esse modelo ajuda o pesquisador a identificar os principais recursos, níveis de abstração e método de estudo do cuidado, sob uma visão integral, compreensiva e de várias faces (LEININGER, 1985a).

O modelo ajuda o pesquisador a prever as diferentes culturas e condições humanas que precisam ser consideradas ao se prestar assistência, para que essa seja de forma integral. Na parte superior do modelo pode-se observar a visão de mundo e as dimensões da estrutura cultural e social, que engloba os seguintes fatores: tecnológicos, religiosos e filosóficos, valores culturais e modos de vida, fatores políticos, legais, econômicos e educacionais que, juntos, formam um contexto ambiental, de linguagem e de etnohistória. Todos esses fatores influenciam nos padrões, práticas e expressões do cuidado para se manter, estabelecer e/ou adquirir um bem-estar/saúde para os indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições, nos diversos sistemas de saúde. No nível inferior, referente aos sistemas de saúde, aborda o cuidado de enfermagem, fazendo uma leitura integrada dos dois sistemas, o profissional e o genérico (ou popular). Nesta visão integrada, busca os aspectos específicos de cada um desses sistemas, identificando as similaridades (universalidades) e as diferenças (diversidades) do cuidado cultural (LEININGER, 1991), pois, para a teórica, cada cultura tem suas próprias definições e práticas acerca do que é cuidar de si e do outro, além de ter concepções específicas sobre as fases do processo de viver, incluindo o processo do nascimento (LEININGER, Mc FARLAND, 2006; LEININGER, 1985a).

Em sua teoria, Leininger (1991) aborda vários conceitos, mas, nesta pesquisa, utilizei somente os que apresentavam maior ligação com o objetivo proposto, isto é, aqueles que auxiliassem mais diretamente na compreensão e interpretação dos valores, crenças, modos de vida e cuidados que as mulheres têm sobre o parto e o nascimento de seus filhos. Assim, o presente marco englobou os conceitos e definições de Ser humano, Contexto ambiental, Saúde, Cultura, Cuidado cultural, Enfermagem/profissionais da saúde que assistem ao parto domiciliar ou hospitalar e Parto/parir.

2.2 MARCO CONCEITUAL

Marco conceitual é uma construção organizada de conceitos

abstratos e gerais inter-relacionados, para um tema em comum, que tem por propósito direcionar a ação da enfermagem, seja na assistência ou no ofício investigativo (FAWCETT, 2005; TRENTINI, PAIM, 2004; CARRARO, 2003; POLIT, BECK, 2001; FELDMAN, 2001; TOMEY, 1999, 1994; MONTICELLI, 1994; MARRINER, 1989; NEVES, GONÇALVES, 1984). Este marco serviu para compreender a extensão do fenômeno estudado e refletir as hipóteses e imagens filosóficas de quem o elaborou (POLIT; BECK, 2001). Além disso, sustentou, guiou e iluminou todo o processo de assistir e pesquisar em enfermagem, que esteve estruturado e coerente com seus conceitos (CARRARO, 2003; NEVES, GONÇALVES, 1984). No caso do presente trabalho, o marco conceitual foi utilizado como um guia teórico para coletar e analisar os dados da pesquisa.

Segundo Fawcett (2005), um marco conceitual fornece uma estrutura distinta de referência, unifica um modo de pensamento, fornece caminhos alternativos para olhar um fenômeno e mostra e direciona o pesquisador para saber como observá-lo e interpretá-lo. Cada marco inclui pressupostos e conceitos que o pesquisador considera relevante para ajudá-lo na compreensão do objeto sob enfoque investigativo ou do fenômeno social em escrutínio.

2.2.1 Pressupostos básicos

Pressupostos são “afirmações que explicam crenças e princípios aceitos como verdadeiros, não necessariamente testáveis ou comprovados cientificamente” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 52). Leopardi (1995, p. 50) complementa, dizendo que são valores e crenças de responsabilidade do autor, que refere a sua “posição ideológica, ética, cultural e social”, não tendo que ser, necessariamente, confirmados pelos valores da ciência. Os pressupostos também sustentam o problema de pesquisa e os métodos de coleta e análise de dados (TRENTINI; PAIM, 2004). A seguir, apresento os pressupostos utilizados que balizaram a pesquisa:

- O cuidado é essencial para o bem-estar, a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e o enfrentamento das dificuldades ou da morte (LEININGER, 1991).
- Cuidado cultural é a mais ampla forma holística de conhecer, explicar, interpretar e prever fenômenos do cuidado para orientar as práticas de enfermagem (LEININGER, 1991).

- Conceitos de cuidado cultural, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de atendimento são diferentes (diversidade) e similares (em direção a aspectos comuns ou universalidades) entre todas as culturas do mundo (LEININGER, 1991).
- Valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciadas e tendem a ser incorporados na visão de mundo, linguagem, religião (ou espiritualidade), contexto social, político (ou jurídico), educacional, econômico, tecnológico, etnohistórico e ambiental de uma determinada cultura (LEININGER, 1991).
- O cuidado cultural de enfermagem deve ser benéfico, saudável, satisfatório e contribuir para o bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, dentro do seu contexto ambiental (LEININGER, 1991).
- Clientes que vivenciam um cuidado de enfermagem que não consegue ser razoavelmente congruente com suas crenças, valores e modos de vida vão mostrar sinais de conflitos culturais, abandono, tensões e preocupações éticas ou morais (LEININGER, 1991).
- O conhecimento do cuidado cultural é necessário para o desenvolvimento da prática assistencial da enfermagem e de outros profissionais que atuam no sistema profissional de saúde (LEININGER, 1991).
- Além de “respeitar” e “levar em consideração” os cuidados familiares, durante o parto, é imprescindível que a enfermeira compreenda o contexto cultural das mulheres e seus familiares (MONTICELLI, 1994).
- A enfermagem, representante do sistema profissional de saúde, necessita compartilhar os significados do parto, com a rede de mulheres, para que os cuidados sejam culturalmente congruentes, seja na instituição ou no domicílio (MONTICELLI, 1994).
- As crenças e os valores culturais das mulheres têm influência sobre o significado do parto, bem como na escolha do local para a realização do mesmo.
- O parto é singular, um momento especial no universo da mulher, que envolve também suas famílias e a comunidade em que está inserida, sendo que a maneira como é cuidada, pelos profissionais que a atendem, também influenciará nessa

experiência.

- O cuidado culturalmente congruente só será alcançado quando os profissionais de saúde respeitarem as crenças e os valores culturais das mulheres que optam pelo parto domiciliar, mesmo que necessitem de transferência para a instituição hospitalar.

2.2.2 Conceitos inter-relacionados

Leopardi (1995, p. 51) refere que um conceito é uma “abstração ou imagem mental de um fenômeno ou fato, como é percebido pelo sujeito que o observa ou sente”. Além disso, é um modo de expressão do autor, conforme ele percebe a realidade em que está inserido (TRENTINI, PAIM, 2004; TOMEY, 1999; LEOPARDI, 1995; TOMEY, 1994; MARRINER, 1989; LEININGER, 1978). Fawcett (2005) e Meleis (1985) acrescentam que os conceitos sinalizam ideias, observações e experiências, servem para organizar e dispor a observação e a percepção, além de facilitarem a comunicação e o entendimento do fenômeno.

Quatro conceitos têm sido apresentados como metaparadigmas nas teorias de enfermagem: indivíduo, ambiente, saúde e enfermagem (FAWCETT, 2005; GEORGE, 2000; TOMEY, 1994). Leininger considerava que esses quatro conceitos são questionáveis, limitados e inapropriados para explicar e descobrir plenamente a enfermagem e, especialmente, a enfermagem transcultural (LEININGER; McFARLAND, 2006), por isso, acrescentou outros, por julgá-los igualmente necessários para a compreensão dos fenômenos, sob o prisma da enfermagem.

Para compor o marco formulei conceitos e definições advindos diretamente da Teoria de Leininger e também de outros autores que têm interlocução com seu referencial.

Ser humano

Leininger e McFarland (2006) trazem uma reflexão entre os termos “pessoa” e “ser humano”. Para elas, o primeiro termo, em algumas culturas, não pode ser usado e não deve ter significado central ou dominante. Com relação ao segundo termo, as autoras referem que ser humano tem um significado mais transcultural, universal, traz dignidade e respeito pelas pessoas, e geralmente é mais aceitável transculturalmente

[...]. Leininger afirma que respeitar o ser humano a partir de uma perspectiva espiritual, cultural e holística, enquanto cuida deles, é essencial para o cuidado humano e o cuidado em saúde (LEININGER; Mc FARLAND, 2006, p. 9, tradução nossa).

Monticelli (1994, p. 45-46) complementa, definindo ser humano como

um ser, tanto singular (indivisível, único, com características próprias), quanto sócio-cultural (relaciona-se com os outros e com o mundo; compartilha crenças, valores, símbolos e rituais) [...] este ser humano vive numa cultura e interage, do início ao fim da vida com outros seres humanos. Nessa cultura, aprende e compartilha, através da interação, significados e papéis sociais que orientam suas ações durante o processo de viver.

O ser humano, nesse marco específico, refere-se à mulher que optou conscientemente pelo domicílio como o local do parto, provavelmente por acreditar que sua condição relacionava-se com processos fisiológicos que considerava inerentes ao seu processo de viver. Essa opção pode ter ocorrido devido à sua percepção sobre o parto, provenientes de seu contexto cultural, ou seja, valores, crenças, normas e modos de vida, que foram transmitidos pela sua rede social, ou pelas interações mantidas com enfermeiras e outros profissionais de saúde da área obstétrica, especialmente, os que prestam assistência ao parto no domicílio.

Quando essas mulheres, por motivos clínico-obstétricos, necessitam ser removidas para o ambiente hospitalar (ainda que tal transferência tenha todo o amparo técnico e operacional da equipe que atua no domicílio), são assistidas por profissionais que, muitas vezes, centram suas representações e práticas no modelo biomédico, advindas do processo de formação acadêmica e do cotidiano profissional que não valoriza a cultura e as escolhas das mulheres no parto. Esses valores, crenças, normas e modos de atuar podem ser discrepantes com relação à cultura das mulheres, e isso, por sua vez, pode gerar conflitos e relações etnocêntricas, impossibilitando o cuidado culturalmente congruente.

Todos esses aspectos influenciam na geração de significados que podem ter conotação positiva ou negativa na experiência parturitiva da mulher.

Contexto ambiental

Outro conceito importante nesse estudo é o contexto ambiental, que Leininger (1991, p. 48, tradução nossa) define como a “totalidade de um acontecimento, situação ou experiências particulares que dão significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais, em determinado cenário físico, ecológico, sócio-político e/ou cultural”.

Esse conceito é importante, por contextualizar o domicílio como o local de escolha das mulheres para a ocorrência do parto, planejado e assistido por profissionais de saúde especialmente preparados para atuarem na assistência ao parto, mas também para a tomada de decisões, se ocorrerem complicações. Esta conotação está incluída no que se convencionou denominar como “parto domiciliar planejado”, ou seja, o parto que acontece em casa, de forma sistemática e organizada, oferecido para gestantes de baixo risco (entre 37 e 42 semanas gestacionais, sem patologias prévias ou decorrentes da gestação), com consultas e exames de pré-natal acompanhados por profissionais especializados, e assistência no parto, com profissionais de saúde qualificados (COLACIOPPO, 2010; LESSA, 2003).

Na maioria das vezes, a casa é vista como local alternativo para o parto, porém, para algumas mulheres, como as deste estudo, o lar é percebido como o espaço mais apropriado para trazerem seus filhos ao mundo. As mulheres que optam por essa alternativa, trazem consigo individualidades, ou seja, crenças, valores e modos de vida específicos para a vivência do parto, acreditando que seus bebês serão recebidos de forma mais saudável e respeitosa no ambiente domiciliar (LARGURA, 2006; SOUZA, 2005; OSAVA, 1997).

Contudo, quando o trabalho de parto não se desenvolve como o esperado, e há a necessidade de mudança para o hospital, o contexto ambiental modifica-se drasticamente, e então as mulheres passam a vivenciar outras experiências pessoais e parturitivas, havendo, algumas vezes, choques culturais entre suas concepções (“emic”) e as dos profissionais (“etic”).

Saúde

“Estado de bem-estar que é culturalmente definido, valorizado e

praticado, e que reflete a habilidade de indivíduos (ou grupos) de desempenhar suas atividades diárias culturalmente expressas e benéficas em maneiras de viver padronizadas” (LEININGER, 1991, p. 48, tradução nossa).

Algumas mulheres veem o parto como uma oportunidade de expressar sua feminilidade e ter valorizados seus hábitos, crenças e valores. Portanto, o parto é compreendido como um evento saudável, que faz parte do ciclo vital, e um acontecimento no qual a mulher é a protagonista, participando ativamente da experiência. Assim, a saúde da mulher é entendida como um bem físico, mental e emocional da mulher durante o parto.

A mudança de local de parto, muitas vezes, pode deixar as mulheres fragilizadas emocionalmente. Essa transferência de ambiente desconstrói suas expectativas acerca do parto. Além disso, os profissionais da instituição hospitalar não são os que ela escolheu para a vivência da experiência parturitiva e não possuem a mesma rede de símbolos e significados acerca desse fenômeno, gerando discordância de saberes, discursos contraditórios e insatisfações quanto à congruência com as normas, valores, crenças e significados de seu contexto cultural.

Cultura

Leininger (1991, p. 47, tradução nossa) define cultura como sendo “os valores aprendidos, compartilhados e transmitidos, crenças, normas e modos de vida de um grupo particular, que orienta o seu pensamento, decisões e ações de forma padronizada”. A cultura envolve uma rede de símbolos e significados que consente aos indivíduos de grupos sociais específicos traduzir suas experiências e conduzir suas ações (CAMPOS, 2009; GEERTZ, 2001).

Valores são forças diretivas que comandam ou dão significado ao pensamento, às decisões e às ações de indivíduos de um determinado grupo, que se mantém numa mesma cultura por certo período de tempo; **normas** são regras que guiam o comportamento humano e afluem dos valores de uma cultura. São diretrizes que ajudam as pessoas a atingirem os valores. O conjunto de normas forma os padrões de uma cultura; e **crenças** são entendidas como sendo traços culturais, que são representações do tipo cognitivo (LEININGER, 1991, 1985b, 1978).

As mulheres, como seres dotados de valores, normas e crenças (aprendidos e compartilhados nas e por suas redes sociais), elaboram saberes e práticas que são operacionalizados nas ações e comportamentos da vida cotidiana. Um exemplo disso é a forma de ver e agir com

relação ao parto. Para essas mulheres, a decisão pelo parto domiciliar está assentada em valores, normas e crenças que valorizam esses eventos como fenômenos saudáveis, ou seja, que são inerentes ao ciclo de vida feminino.

Assim, quando procuram profissionais de saúde habilitados e preparados para auxiliarem nos cuidados requeridos para a vivência do parto domiciliar, ou para uma assistência especializada – no caso de haver necessidade de transferência para o hospital – essas mulheres querem que os conhecimentos científicos dos mesmos sejam canalizados para suas reais necessidades, além de agirem com ética e respeito às suas decisões culturais.

Cuidado cultural

O cuidado cultural refere-se aos valores, crenças e modos de vida que são padronizados, aprendidos subjetiva e objetivamente, e transmitidos, que auxiliam, sustentam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, sua saúde, a melhorar sua condição humana e seu modo de vida, e a lidar com a doença, a deficiência ou a morte (LEININGER, 1991, p. 47, tradução nossa).

O cuidado está relacionado com o comportamento de prestar auxílio, dar apoio e suporte para o indivíduo. Já o cuidado cultural é mais do que cuidar, é a assistência do profissional em congruência com a cultura de cuidado do sujeito, quer seja na promoção e manutenção da saúde, assim como na recuperação da doença (LEININGER, 1991).

O cuidado cultural apresenta duas características importantes, que são sua universalidade e sua diversidade. A diversidade do cuidado cultural é a expressão do cuidado humano, que varia de acordo com os padrões, os valores, o modo de vida ou os símbolos do indivíduo ou do grupo. Por outro lado, a universalidade do cuidado cultural se refere aos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos comuns ou semelhantes que se manifestam em muitas culturas e refletem na assistência, facilitação ou habilitação para ajudar as pessoas (LEININGER, 1991).

Na identificação das diversidades e similaridades de padrões, valores e crenças, dentro e entre as culturas, essas descobertas serão

utilizadas para ajudar no cuidado dos sujeitos de culturas diversas ou similares. Para isso, os dois sistemas de cuidado proposto por Leininger podem ser utilizados em congruência para melhor atender a essas pessoas. O sistema de cuidado profissional são os conhecimentos e práticas ensinadas e transmitidas aos profissionais de saúde sobre saúde, doença, bem-estar para que esses atendam as pessoas nas instituições de saúde e o sistema de cuidado genérico (popular) que é o conhecimento ou habilidades tradicionais, populares que são culturalmente aprendidas e transmitidas para fornecer assistência para indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou aperfeiçoar um modo de vida humana, condição de saúde ou para lidar com dificuldades e situações de morte (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Cada mulher percebe e deseja praticar o parto de acordo com valores, normas e crenças de sua cultura. Sua visão de parto faz com que ela decida o que é bom para si e seu bebê, ou seja, qual a maneira mais apropriada de dar à luz, além de decidir como e onde esse evento acontecerá. As mulheres desse estudo acreditam que a casa seja o local mais apropriado para isso, e procuram pelo apoio de profissionais que se coadunam com suas visões de mundo. Contudo, podem ser alvo de críticas e de mensagens subliminares por parte do sistema profissional intra-hospitalar, por terem optado por esta modalidade de atenção.

Nas instituições de saúde, de forma geral, os profissionais agem de acordo com a cultura estritamente biomédica, cujos valores e crenças dos sujeitos, na maioria das vezes, não são considerados. Monticelli e Elsen (2006) referem que o saber profissional é colocado no topo da hierarquia e que os valores e a cultura dos indivíduos são marginalizados dentro das instituições hospitalares. Ainda, segundo as autoras, os valores e normas das mulheres envolvidas, parecem “contaminar” o ambiente da instituição.

De acordo com alguns autores da área da Antropologia do Nascimento, os profissionais que atendem partos no domicílio estão melhor preparados para respeitar a cultura dessas mulheres nos eventos que circundam o parto. Juntos, mulher e profissional acreditam na fisiologia do parto e no poder de parturição da mulher. Esse apreço cultural é associado ao saber do profissional, sendo que dessa união “nasce” com mais facilidade o cuidado culturalmente congruente.

Enfermagem/Profissionais da saúde que assistem ao parto domiciliar ou hospitalar

Nesse Marco entende-se que tanto os profissionais enfermeiros

que atendem ao parto domiciliar planejado, quanto os enfermeiros, médicos e demais profissionais que atuam nas maternidades, são especialistas da área obstétrica, atuando no parto de acordo com o amparo legal específico, e com seus respectivos códigos, deontológico e profissional, bem como com as crenças e valores provenientes do sistema de cuidado profissional.

Davis-Floyd (2001) refere que muitos profissionais procuram conhecer seus clientes através da comunicação, aprofundando informações sobre suas vidas e, dessa forma, valorizam as individualidades e estabelecem uma relação verdadeiramente humana, para que juntos, encontrem um cuidado mais efetivo. Monticelli e Elsen (2006) acrescentam que os profissionais precisam reconhecer os sujeitos como seres dotados de símbolos e significados, para que esses possam receber cuidados apropriados e coerentes, do ponto de vista cultural.

Nas situações em que as mulheres são transferidas para a instituição hospitalar, durante o trabalho de parto, as mesmas passam a ser assistidas pelo profissional representante do sistema biomédico, que, na maioria das vezes, tem tendência a considerar o seu saber como preponderante e as suas ações como as mais corretas e adequadas ao parto. De acordo com Monticelli e Elsen (2006), a teia cultural é desconhecida e desvalorizada nas instituições hospitalares. Os profissionais não consideram e não refletem sobre os valores culturais trazidos pelas famílias e não mostram abordagens adequadas com as mesmas. Esses profissionais precisariam realizar trocas de saberes e experiências junto aos sujeitos, para que desenvolvam práticas de promoção em saúde. Davis-Floyd (2001) reforça essa ideia ao dizer que os profissionais do modelo tecnocrático se julgam no topo da hierarquia hospitalar e investem na sua autoridade, sendo que, ao sujeito, cabe abdicar de sua individualidade e se entregar nas mãos dos profissionais.

Parto/Parir

Inclui desde a vivência dos pródromos do trabalho de parto, o evento de dar à luz (período expulsivo), até o momento pós-parto, quando a puérpera e o recém-nascido recebem alta da maternidade. Refere-se, pois, ao ápice da vivência do processo gravídico-puerperal, em que a mulher passa de uma experiência planejada, sendo assistida por profissionais do parto domiciliar, para uma condição inesperada de ter que ser removida para a instituição hospitalar, por problemas relacionados à sua condição clínico-obstétrica.

Essa mudança, de um contexto ambiental para outro, repercute

não somente na troca de cenário para a ocorrência do parto, mas também, na maior parte das vezes, na mudança dos profissionais. Além disso, é uma condição existencial para a mulher, já que fere seu ideal de parto e é submetida a práticas e rotinas institucionais, que, na maioria das vezes, não estão vinculadas às suas crenças.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Foi desenvolvida uma pesquisa exploratório-descritiva qualitativa, a partir do método História de Vida.

A abordagem qualitativa se aplica por ser um “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2010, p. 57). Para Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa, fazendo com que o pesquisador busque entender ou interpretar os eventos a partir dos seus significados. Nesta, os pesquisadores “ênfatizam a natureza repleta de valores” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 23).

Em minha análise, tais características estão coerentes com as interrogações e objetivos propostos nesse desenho investigativo, uma vez que me possibilitaram interpretar o impacto que a mudança do local de parto trouxe para a vida dessas mulheres.

O estudo foi exploratório e descritivo, por permitir que o pesquisador aumentasse seu conhecimento sobre o assunto em foco (GIL, 2008; LEOPARDI, 2001; TRIVIÑOS, 1995), o que é congruente com a escassez de estudos nacionais tratando dessa temática e, especialmente, pelo objeto que foi explorado na pesquisa. O estudo descritivo é geralmente adotado quando é difícil estabelecer respostas mais seguras às indagações formuladas. Além disso, essa metodologia pode levantar e descrever características, opiniões, atitudes e crenças de um determinado fenômeno ou população (GIL, 2008). Por outro lado, o estudo exploratório é empreendido quando se procura uma aproximação com o fenômeno estudado, visto que o tema ainda é pouco explorado (GIL, 2008; TRIVIÑOS, 1995). Nesse tipo de pesquisa, busca-se desenvolver, clarear e transformar conceitos e ideias, formando problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008).

O método História de Vida utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas, onde o que importa é o ponto de vista do sujeito que narra o fato vivenciado (BERTAUX, 2010; 2005). A história de vida permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa. Quando se quer saber da experiência e vivência de um

indivíduo, o melhor a fazer é obter essas informações através de sua própria fala (SANTOS, 2009; SANTOS, SANTOS, 2008; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008). Nesse método, o pesquisador não é um mero observador, mas sua interpretação encontra-se impregnada de subjetividade e de sua experiência de vida, frente ao objeto pesquisado (REIS, 2010; SANTOS, 2009).

A coleta da História de Vida “busca compreender o desenvolvimento da vida do sujeito sob investigação e traçar com ele uma biografia que descreva sua trajetória até o momento atual” (LEOPARDI, 2001, p. 275). Bertaux (2010; 2005) esclarece que, nas Ciências Sociais (onde o método foi criado), o relato de vida é resultado de uma forma peculiar de entrevista, a entrevista narrativa, em que um investigador pede a uma pessoa que conte toda ou parte de sua experiência vivida.

O relato de vida de uma pessoa é uma descrição aproximada da história realmente vivida e ele existe desde o momento em que uma pessoa descreve em forma narrativa uma parte de uma experiência de sua vida. Existem alguns fatores que devem ser considerados entre as experiências vividas e a forma como a pessoa faz o relato, que, segundo Bertaux (2010; 2005), referem-se à percepção, memória, capacidade de reflexão, capacidade de narração, situação da entrevista, entre outros.

Leininger (LEININGER; McFARLAND, 2006) criou capacitadores (*enablers*) para avaliar o conhecimento de indivíduos ou grupos com relação a uma determinada cultura, e destacou o método História de Vida (*life history*). Neste contexto, o capacitador da história de vida de cuidado à saúde é um guia para obter dados longitudinais de informantes sobre suas experiências vividas, com foco no cuidado, ou relacionadas aos aspectos da enfermagem. Para a teórica, a enfermagem está aprendendo a usar o método história de vida para pesquisar e aplicar na prática de cuidado à saúde.

Esse capacitador é designado para obter um registro completo e sistemático dos informantes sobre seus cuidados (sejam eles mais saudáveis ou menos saudáveis), modos de vida e sobre como as crenças e práticas do cuidado influenciam no seu bem-estar. Dados ricos e detalhados podem ser obtidos com respeito ao cuidado humano e aos valores de saúde, expressões e significados (LEININGER; MCFARLAND, 2006, p. 69, tradução nossa).

3.2 AS DEPOENTES

As participantes da pesquisa foram 21 mulheres (12 de Florianópolis, seis de Porto Alegre e três de São Paulo) que optaram por vivenciar um parto domiciliar planejado, atendidas por profissionais de saúde, mas que, por algum motivo, tiveram que ser encaminhadas para a instituição hospitalar, durante o trabalho de parto. O número de depoentes foi estabelecido durante a coleta de dados, respeitando os princípios de saturação indicados em estudos de natureza qualitativa (FONTANA; RICAS; TURATO, 2008).

Como o método História de Vida não estabelece um número pré-determinado de sujeitos de pesquisa, a coleta de dados foi interrompida quando ocorreu o ponto de saturação, ou seja, quando as entrevistas não acrescentaram novas informações que fossem relevantes à interpretação (BERTAUX, 2010; 2005).

Fontana, Ricas e Turato (2008) referem que a saturação é utilizada para estabelecer ou delimitar o número de participantes de uma pesquisa, a fim de interromper a obtenção de novos elementos ou, também, quando na avaliação do pesquisador, a inclusão de novos sujeitos trará informações repetidas ou redundantes à coleta de dados, não mais contribuindo para reflexão teórica dos dados já coletados. Para esses autores, a saturação dos dados depende diretamente e indiretamente de alguns fatores, como o referencial teórico, o recorte do objeto estudado, os objetivos da pesquisa e também o nível de profundidade a ser explorado. Se “o pesquisador tem como objetivo a captação daquilo que caracteriza o grupo, a saturação amostral se dá num determinado nível. Se lhe interessa o conhecimento aprofundado do sujeito, essa saturação poderá, hipoteticamente, nunca ocorrer” (FONTANA; RICAS; TURATO, 2008, p. 23).

Os **critérios de inclusão** foram os seguintes: a) ter experienciado o preparo para um parto domiciliar planejado, assistido por profissional de saúde; b) ter sido transferida para instituição hospitalar/maternidade durante o trabalho de parto (independente do tipo de justificativa para a transferência); c) ter decorrido qualquer intervalo de tempo entre o parto e o momento da entrevista, uma vez que no método História de Vida, o pesquisador solicita que o participante da pesquisa fale livremente sobre sua vida, ou sobre um determinado período ou aspecto dela, independente do tempo que tenha transcorrido (BERTAUX, 2010; 2005); e d) ter idade maior que 19 anos, no momento da entrevista.

Um quadro com as características das depoentes está disponível

na página 50.

3.3 PROCEDIMENTOS PARA O ACESSO ÀS DEPOENTES DO ESTUDO

O contato com as participantes da pesquisa foi iniciado a partir de informações obtidas junto às equipes ou profissionais de saúde que prestavam assistência ao parto no domicílio, com a finalidade de identificar as mulheres que possuíam tais características. Como eu era membro de uma equipe que assiste a partos domiciliares, já havia comunicado aos demais membros sobre a coleta de dados com os casos da equipe, e obtido autorização prévia. Também já havia feito contato por telefone com outro profissional de Florianópolis-SC, que atende a partos no domicílio, além de uma equipe de Porto Alegre-RS, para saber da ocorrência de mulheres que se inseriam nos critérios de inclusão da pesquisa. Com receio de não encontrar número de mulheres que atendessem os critérios de inclusão, entrei em contato com profissionais em outras cidades e Estados do Brasil, a exemplo de São Paulo e Rio de Janeiro. Porém, com a saturação obtida com as mulheres que foram transferidas na cidade de São Paulo, após coleta das narrativas em Florianópolis e Porto Alegre, a coleta foi encerrada, não havendo necessidade de novos depoimentos.

A partir do momento em que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, eu entrei novamente em contato com esses profissionais, para que os mesmos informassem e/ou indicassem a forma de contato com as depoentes. É relevante destacar que esses profissionais, em sua maioria, ainda mantêm alguma proximidade com as mulheres que foram atendidas por eles em domicílio, independente de terem sido ou não encaminhadas ao hospital, quando em trabalho de parto. Todos os profissionais colocaram-se à disposição para intermediarem a negociação com essas mulheres, a fim de identificarem se elas desejavam e se interessavam em participar da pesquisa, ainda antes do primeiro contato com a pesquisadora, para a obtenção do aceite formal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Mesmo antes de entrar em contato direto com as depoentes que aceitaram participar do estudo, eu me comprometi em respeitar todos os aspectos éticos que envolvem investigação com seres humanos.

Como algumas dessas mulheres moravam em cidades diferentes

da minha, nos casos em que houve aceite, eu viajei, sob meus próprios auspícios, até a(s) cidade(s) indicada(s) pela(s) depoente(s), a fim de realizar a(s) entrevista(s), conforme disponibilidade, horário e local indicados pela(s) mesma(s).

Conforme já adiantei, o acesso a essas participantes foi através de profissionais (médicos e enfermeiras obstétricas) que assistem partos domiciliares nos Estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo. Em Santa Catarina, o contato se deu através de uma equipe de enfermeiras obstétricas, que atua em colaboração com dois outros médicos, e também um médico que atua em partos domiciliares, de modo autônomo. A equipe repassou os prontuários das mulheres que haviam sido encaminhadas, com seus contatos, dados obstétricos e dados referentes ao trabalho de parto e visitas pós-parto. O contato com o médico foi feito através de e-mails e telefone, sendo que o mesmo indicou o nome de três mulheres, contudo, não pude encontrá-las, por não ter tido acesso a nenhum dado que possibilitasse a objetiva localização dessas mulheres.

O contato com as depoentes do Rio Grande do Sul também foi através de uma equipe de Parto Domiciliar. Inicialmente conversei com um dos profissionais, explicando a pesquisa e perguntando se poderiam auxiliar. Algum tempo depois fiz novo contato por e-mail, telefone e rede social. A equipe pediu algum tempo para fazer uma busca em seus prontuários. Mais tarde recebi um e-mail com vários nomes de mulheres que haviam passado pela experiência de parto domiciliar, com seus e-mails e telefones, contudo, ao contactar com elas, percebi que nem todas se enquadravam em todos os critérios de inclusão. Em razão disto, essas não foram incluídas. Com apenas uma das mulheres indicadas não consegui contato, nem por e-mail, nem por celular ou telefone, entretanto, ao responder afirmativamente a uma das depoentes que me perguntava se poderia convidar para a pesquisa uma amiga que também passara pela situação, surpreendentemente constatei que a mesma era a mulher que não havia conseguido encontrar por outros meios.

As participantes de São Paulo foram captadas através de um profissional que atua na cidade. Em contato por rede social e, posteriormente, por e-mail, o profissional faz contatos com as mulheres através de duas grandes listas de e-mails, uma na cidade de São Paulo e outra na cidade de Campinas. Após solicitar que eu redigisse um texto explicando a pesquisa, objetivo e método de coleta de dados, ele o lançou nessas duas redes. As mulheres que passaram pela situação de transferência entraram em contato comigo por e-mail. Com isso, eu trocava informações diretamente com as prováveis depoentes. No meio

dessa “conversa” eletrônica percebi que algumas mulheres não se encaixavam em um dos quesitos de inclusão, por terem sido encaminhadas no pré-natal, por trabalho de parto prematuro ou no pós-parto, por retenção placentária. Assim que ia percebendo tais elementos, agradecia as que se colocavam à disposição, mas não as considerava mais como futuras participantes. Foram incluídas, pois, somente as que atendiam à totalidade dos itens de inclusão.

3.4 A ENTREVISTA COMO TÉCNICA DE EXCELÊNCIA PARA A COLETA DE DADOS

Considerando as recomendações de Gonçalves e Lisboa (2007), de que o pesquisador deve estar atento à indicação da própria depoente, com relação ao local da realização da entrevista, uma vez que experiência e memória são sentimentos e características indispensáveis para uma “boa” conversa, a coleta dos depoimentos sobre a História de Vida das mulheres foi realizada no local ou ambiente que as mesmas propuseram, para que resultasse em material denso e em narrativas representativas. Desde o começo, tive em mente que deveria simplesmente acatar a decisão, pois aquele seria o cenário no qual a mulher estaria confortável e, ao mesmo tempo, um espaço adequado para que pudesse explanar sobre sua vivência, falando da forma mais espontânea possível. O local escolhido por elas, em sua maioria (14), foi a própria residência. Outras duas escolheram uma cafeteria, mais duas um shopping, uma o local de trabalho, outra a escola do filho, e a última participante optou por uma pousada, já que a mesma se encontrava de férias numa cidade que não era a sua de residência.

Para a condução de cada uma das entrevistas, procurei seguir os conselhos de Bertaux (2010; 2005), que refere que para o desenvolvimento seguro desse método, tal conversa deve propiciar condições apropriadas para que se possam apreender os depoimentos mais significativos. Neste sentido, todas as orientações do método foram seguidas, a fim de que se obtivessem os significados culturais que as mulheres atribuíam a esta experiência.

De acordo com os estudiosos deste método deve-se utilizar “entrevista aberta”, na qual se tenha uma combinação de escuta atenta e questionamento por parte do pesquisador, porque o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma (BERTAUX, 2010; 2005; SANTOS, 2009; SANTOS, SANTOS, 2008; MEDEIROS,

SANTOS, SILVA, 2008; GLAT et al., 2004). Em virtude disso, as entrevistas foram muito enriquecedoras, onde cada mulher conseguiu trazer para o presente sua experiência de parturição e, especialmente, o dia do parto.

Agendei as entrevistas previamente com cada participante, deixando claro que poderiam optar pela data, local e horário de preferência. Além disso, utilizei um roteiro-guia, contendo alguns dados de identificação das mulheres, conforme apresento no **Apêndice B**, e com a seguinte questão norteadora: fale-me sobre a experiência de ter se preparado para um parto domiciliar e ter sido encaminhada, durante o trabalho de parto, para uma instituição hospitalar.

Segundo Bertaux (2010; 2005), no método História de Vida, tenta-se seguir o modelo de entrevista narrativa, no qual o mais importante é encorajar o depoente a contar um fato ou parte de sua vida. O pesquisador deve estimular o sujeito a apropriar-se da entrevista e, também, pode identificar o momento certo de pedir que o indivíduo aprofunde ou aborde melhor determinada fala. Algumas atitudes devem ser evitadas por parte do pesquisador, como falar muito, interromper com frequência, manter o rosto inexpressivo e ficar em silêncio durante toda a entrevista.

O método História de Vida difere de outras formas de investigação que envolve depoimentos porque, nesse caso, é o sujeito do estudo que conduzirá a entrevista, a partir de sua visão de mundo, sem responder perguntas pré-determinadas ou questionários. Os sujeitos são convidados a explanar livremente sobre o fato narrado e sobre como esse evento interfere na sua vida (SANTOS; GLAT, 1999).

Nesse método o pesquisador não é neutro e deve estar consciente de que em todos os momentos da entrevista sua subjetividade estará presente. Nesse sentido o método dá oportunidade para que os pesquisadores aprendam a ouvir o sujeito que está narrando sua experiência, fazendo com que o sujeito seja ativo no estudo (SANTOS, SANTOS, 2008; DIAS, SANTOS, 2005).

O período de coleta de dados ocorreu entre novembro de 2011 e abril de 2012. Como já citado anteriormente, a coleta de dados terminou quando ocorreu o ponto de saturação, ou seja, quando as entrevistas não acrescentaram novas informações que fossem relevantes à pesquisa (BERTAUX, 2010; 2005).

A seguir apresento um quadro com todas as depoentes da pesquisa, com a finalidade de mostrar suas principais características.

Quadro 1 - Características das mulheres que optaram pelo parto domiciliar em Florianópolis-SC, Porto Alegre-RS e São Paulo-SP e tiveram que parir no hospital³

Depoente (nomes fictícios)	Idade	Estado civil	Escolaridade	Nº de filhos	Local da entrevista	Motivo da transferência, conforme a mulher	Tempo entre o parto e a entrevista
1. Juliana	34	Casada	3º completo	1	Trabalho	Contrações em pequenas quantidades e curtas	2a11m26d
2. Laura	26	Casada	2º completo	1	Cafeteria	Bebê sentado	3a6m9d
3. Letícia	32	Casada	3º completo	2	Casa	Bebê não encaixou na pelve	1a6m14d
4. Eva	34	União estável	3º completo	1	Casa	Muito tempo de trabalho de parto + mecônio	1a5m2d
5. Luíza	33	União estável	3º completo	1	Casa	Trabalho de parto parou, a filha não descia no canal de parto e a bolsa estava rota	1a5m19d
6. Carol	41	União estável	3º completo	2	Casa	Bolsa rota, sem contração e sem dilatação	2a4m21d
7. Adriana	29	União estável	3º completo	1	Casa	Muito tempo de trabalho de parto e não estava evoluindo	1m20d
8. Janafna	41	Solteira	3º completo	1	Casa	Tempo de trabalho de parto muito longo sem evolução	2a4m2d
9. Alice	35	Casada	3º completo	1	Casa	Mecônio	2a4m8d
10. Paloma	42	Casada	3º completo	2	Casa	Pediu para fazer cesárea	6a1m18d
11. Pâmela	38	Casada	3º completo	2	Casa	Depois de muito tempo com dilatação total o bebê não nascia	2a8m18d
12. Elaine	30	Casada	3º incompleto	1	Shopping	Muito tempo em TP com a mesma dilatação	2a3m26d
13. Beatriz	30	Casada	3º completo	1	Cafeteria	Trabalho de	1a4m25d

³ Para garantir o sigilo e o anonimato optou-se por não identificar as cidades de procedência das depoentes. Os dados foram coletados entre novembro de 2011 e abril de 2012.

						parto parou e a filha não descia no canal de parto	
14. Carla	28	Casada	3º completo	1	Casa	Trabalho de parto parou e a filha não descia no canal de parto	1m22d
15. Maria	32	Casada	3º completo	1	Casa	Trabalho de parto parou e a filha não descia no canal de parto	2a2m2d
16. Ângela	35	Casada	3º completo	2	Pousada	Bebê limite de prematuridade	3a4m23d
17. Laís	28	Casada	3º completo	2	Shopping	Muito tempo de bolsa rota e TP sem a dilatação necessária para nascer	4a2m5d
18. Leila	35	Solteira	3º incompleto	1	Casa	Bebê estava pélvico	11m22d
19. Raquel	35	Casada	3º completo	1	Escola	Cabeça mal posicionada dentro da pelve materna	3a3d
20. Silvia	35	Casada	3º completo	1	Casa	BCF alterado, bolsa rota há 24 horas e sem dilatação	2a1m18d
21. Amanda	36	Casada	3º completo	1	Casa	Pedi para ir para o hospital, pois já não suportava as dores	3a4m3d

Legenda: a = ano; m = meses; d = dias; TP = trabalho de parto; BCF = batimento cardíaco fetal.

3.5 REGISTRO DOS DADOS

O registro dos depoimentos foi feito através de gravações, com consentimento de todas as mulheres, e mantive anotações em um diário de campo, que abrangeu dados atuais da entrevista, dados de

identificação das depoentes, dados referentes ao parto, preliminares da entrevista e, posteriormente, um quadro organizado em três colunas divididas em notas da entrevista, notas metodológicas e notas de reflexão. Este quadro continha os depoimentos em si, as impressões, reações, emoções e expressões faciais e corporais da pesquisadora frente às verbalizações obtidas, além das reações, emoções e expressões faciais e corporais das depoentes, exteriorizadas durante o decorrer da entrevista, pois, de acordo com Bertaux (2010; 2005), numa conversa entre duas pessoas existem três tipos de comunicação: a comunicação não verbal, as entonações e as próprias palavras. Uma gravação, por si só, não nos mostra o não verbal, assim como a escrita (diário de campo), por si só, não revela as entonações (BERTAUX, 2010; 2005). É necessário, portanto, um esforço adicional do pesquisador, para que ele consiga registrar os três tipos de comunicação que fundamentam a narrativa dos depoimentos.

Visando agregar esses indicativos metodológicos, as transcrições ocorreram após cada entrevista. Com isso, tentei não só captar as palavras, mas também as entonações, suspiros, pausas, choros e emoções. Quando essa parte foi concluída, adicionei no diário de campo, anotações referentes aos meus sentimentos, além de minhas reflexões, sempre permeadas pelo suporte teórico que sustentava a pesquisa.

Para Santos e Santos (2008), o fato da transcrição ser feita pelo próprio pesquisador, permite uma autoavaliação, possibilitando ajustes nas entrevistas seguintes e um crescimento pessoal. Isso é reforçado por Bertaux (2010; 2005), quando orienta que o pesquisador deve ouvir as entrevistas várias vezes, depois deve transcrevê-las, lê-las muitas outras vezes e analisá-las, pois só dessa forma fará avanços nas entrevistas seguintes.

3.6 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Para análise dos relatos foi utilizada a técnica da análise temática sugerida por Minayo (2010). Essa técnica “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado, podendo ser representada por uma palavra, frase ou resumo” (MINAYO, 2010, p. 316).

Para Bertaux (2005, p. 100), “a análise temática dos relatos de

vida tem seus méritos, especialmente, o de preparar um certo tipo de análise comparativa (por temas) e de facilitar a redação do resumo da pesquisa”.

A análise dos dados foi realizada à medida que os dados iam sendo coletados e foi desenvolvida em três etapas, conforme apontadas por Minayo (2010).

1ª) Pré-análise: nessa etapa houve leitura e releitura exaustiva para que eu absorvesse o conteúdo e a intensidade dos dados de cada entrevista, sempre retornando à pergunta e ao objetivo da pesquisa, para não me perder em divagações e/ou em aspectos apenas tangenciais das informações obtidas. Nesta fase também fiz destaques das entrevistas, usando grifos coloridos, seja para identificar aspectos convergentes, seja para sublinhar aspectos divergentes com relação às informações que ia obtendo de cada uma das entrevistas em particular, e após, do conjunto dos depoimentos. Esses destaques deram origem às unidades de registro, que são palavra-chave ou frases relevantes, e após, às unidades de contexto, ou seja, delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro, onde os recortes e a forma de categorização orientaram a análise. A primeira fase desta etapa buscou alinhar o que Minayo (2010) descreve como leitura flutuante, e a segunda, como constituição do corpus.

2ª) Exploração do material: nesta fase houve a classificação dos núcleos de sentido, ou seja, as categorias (expressões ou palavras significativas) que organizavam o conteúdo de cada fala. Como já havia feito grifos de outra cor na etapa anterior, ficou mais fácil organizar o esquema categorial. Após isso, prossegui em direção à classificação e agregação dos dados, dando origem mais substancial às categorias teóricas. Com essa fase concluída houve uma nova associação, agora mais aprofundada, que levou então aos temas.

3ª) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: a partir do resultado da fase de exploração dos dados, dei início às interpretações mais densas e à discussão do material coletado. Tais resultados serão apresentados no próximo capítulo, organizados em três artigos científicos.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, a mesma foi norteada pela Resolução 196/96, aprovada pelo Conselho Nacional de

Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), a qual preserva os direitos dos participantes, garantindo principalmente a confidencialidade, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Garanti também o anonimato, o direito de voluntariedade e a desistência dos sujeitos da pesquisa em qualquer momento ou etapa da mesma. Monticelli (2003) reforça que as questões éticas devem permear todo o processo da pesquisa, desde a sua concepção, até a delimitação dos objetivos e análise dos resultados obtidos, e não apenas na fase de contato direto com os participantes do estudo.

A investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovada no dia 31 de outubro de 2011, sob protocolo n° 2267, e somente após sua aprovação é que se deu início aos procedimentos referentes à coleta de dados.

As participantes da pesquisa (mulheres depoentes) foram esclarecidas sobre os objetivos da mesma, bem como sobre a garantia do sigilo, assim como as dúvidas que surgiram. Foram identificadas por pseudônimos, preservando, assim, o anonimato. As cidades de residência não foram identificadas, assim como os profissionais citados foram identificados apenas pela profissão. As depoentes que manifestaram desejo de participar voluntariamente receberam e assinaram o TCLE (**Apêndice A**), sendo que uma cópia ficou comigo e outra com a depoente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa, sob a forma de três artigos científicos. O primeiro é intitulado **“Tendo que ir para o hospital após desejar parir no domicílio: sentimentos das mulheres no momento da transferência”**. O segundo tem por título **“Remoções de parturientes do domicílio para o hospital: significados para as mulheres que vivenciaram a experiência”**, e o terceiro artigo é denominado **“Do domicílio para o hospital: percepções das parturientes sobre o atendimento profissional por ocasião da transferência”**.

Os manuscritos foram elaborados na forma de artigo, seguindo as instruções estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (normas da ABNT), em conformidade com a Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre a apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, sendo que, posteriormente, serão convertidos às normas dos periódicos selecionados para a submissão.

4.1 ARTIGO 1 - TENDO QUE IR PARA O HOSPITAL APÓS DESEJAR PARIR NO DOMICÍLIO: SENTIMENTOS DAS MULHERES NO MOMENTO DA TRANSFERÊNCIA

Renata Angeloni Burigo
Marisa Monticelli

RESUMO: Pesquisa exploratório-descritiva qualitativa, sob aporte de referencial cultural, que teve por objetivo identificar os sentimentos que as mulheres experimentaram no momento da remoção para a maternidade, quando se preparavam para parir no domicílio, sob cuidados profissionais. Participaram 21 mulheres, residentes nas cidades de Florianópolis, Porto Alegre e São Paulo, no período de novembro de 2011 a abril de 2012. A técnica de coleta de dados foi a entrevista aberta, através do método História de Vida. Os depoimentos foram submetidos à análise temática, de onde emergiram dois temas: “O sonho de parir em casa é desfeito” e “Da partolândia para terras desconhecidas”. Os resultados mostraram que, para as mulheres, a transferência é interpretada como uma descontinuidade abrupta da rede de símbolos e significados relacionada com o parto ideal, apresentando uma variabilidade de emoções, e apontando que essas mulheres precisam ser mais bem preparadas no pré-natal, pelos profissionais do parto domiciliar, com relação à possibilidade de mudança de rumos durante o trabalho de parto.

DESCRIPTORIOS: Parto domiciliar. Trabalho de parto. Cultura. Enfermagem obstétrica.

HAVING TO GO TO HOSPITAL AFTER WANTING TO GIVE BIRTH AT HOME: WOMEN'S FEELINGS WHEN BEING TRANSFERED

ABSTRACT: The objective of this exploratory-descriptive study with a qualitative approach from the perspective the cultural frame of reference was to identify the feelings women experienced when sent to a maternity hospital when they were preparing to give birth at home under professional care. A total of 21 women, living in the cities of Florianopolis, Porto Alegre and Sao Paulo, Brazil participated in the study from November 2011 to April 2012. Open interviews were used to collect data through the method Life History. The testimonies were thematically analyzed and resulted in the themes: “The dream of giving birth at home is shattered” and “From giving-birth-land to unknown

lands.” The results show that being transferred to a hospital is interpreted as an abrupt discontinuity of a network of symbols and meanings related to an ideal child birth, permeated with a diversity of emotions, indicating these women need to be better prepared by home birth professionals during prenatal care in relation to the potential need to change plans during labor.

DESCRIPTORS: Home childbirth. Labor. Culture. Obstetric nursing.

TENIENDO QUE IR AL HOSPITAL TRAS DESEAR PARIR EN DOMICILIO: SENTIMIENTOS DE LAS MUJERES EN EL MOMENTO DE LA TRANSFERENCIA

RESUMEN: La finalidad de esta investigación exploratorio-descriptiva cualitativa con referencial cultural fue identificar los sentimientos que las mujeres vivenciaron en el momento de la remoción a la maternidad cuando se preparaban para parir en domicilio, bajo cuidados profesionales. Participaron 21 mujeres, residentes en las ciudades de Florianópolis, Porto Alegre y São Paulo, entre noviembre del 2011 y abril del 2012. La técnica de recolecta de datos fue la entrevista abierta, a través del método Historia de Vida. Los testimonios fueron sometidos al análisis temático, revelando dois temas: “El sueño de parir en casa se deshace” y “De partolândia para tierras desconocidas”. Los resultados mostraron que, para las mujeres, la transferencia es interpretada como una discontinuidad abrupta de la red de símbolos y significados relacionada con el parto ideal, mostrando una variación de emociones, e indicando que esas mujeres necesitan ser mejor preparadas en el prenatal por los profesionales del parto domiciliario, respecto a la posibilidad de cambio de rumos durante el trabajo de parto.

DESCRIPTORES: Parto domiciliário. Trabajo de parto. Cultura. Enfermería obstétrica.

INTRODUÇÃO

O parto é um evento social, singular e experiência quase sempre comemorativa na vida da mulher e de seu companheiro e, na maioria das vezes, envolve também suas famílias. Trata-se de experiência humana das mais significativas e enriquecedoras para todos que dela participam (SILVA, BARBIERI, FUSTINONI, 2011; MILBRATH et al., 2010; SCHMALFUSS et al., 2010; RATTNER, TRENCH, 2005; BRASIL, 2001; MALDONADO, 2000).

Algumas famílias concebem o parto, especialmente, como um

evento de celebração da vida, e algo a ser vivenciado da forma mais subjetiva possível, de modo que faça sentido para elas e seja permeado por trocas afetivas, sem desconsiderar a segurança necessária à promoção da saúde da mãe e do recém-nascido. Para isso, buscam formas alternativas de vivenciar a experiência, ou seja, em contextos com menores intervenções desnecessárias, o que significa, quase sempre, afastar-se das instituições hospitalares ou das maternidades, e então, se a opção estiver disponível, escolher o domicílio para ter o bebê, auxiliadas por profissionais de saúde preparados para ajudar no processo (SOUZA, 2005; DINIZ, 2001).

A procura pelo domicílio, como local de escolha para dar à luz, tem sido justificada, por algumas mulheres, especialmente, em razão da adoção profissional de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, da possibilidade de participarem ativamente da experiência do parto (sendo incentivadas a expressarem seus anseios, necessidades e sentimentos, de forma a não serem “julgadas” pelos “excessos” de expressões subjetivas), em decorrência da menor percepção da sensação dolorosa, da efetiva presença de outros familiares no cenário do parto, da melhor troca afetiva com o bebê, da expectativa de experienciarem o evento de acordo com os valores e rituais de cuidado que fazem sentido para elas, de acordo com suas culturas, além de outras alegações desta natureza (SOUZA, 2006; 2005; TORNQUIST, 2004).

Medeiros, Santos e Silva (2008), em pesquisa sobre a opção pelo parto domiciliar (PD) na atualidade, em grandes centros urbanos, mostraram que, apesar do acesso a este tipo de parto ser relativamente viável, uma vez que a oferta da assistência profissional está crescendo, esta é uma decisão que depende quase exclusivamente do desejo das próprias mulheres. As autoras mostraram, também, que essa preferência está relacionada à busca constante que as mulheres fazem, em sites da internet e em conversas com sua rede social, assim como os direitos que possuem sobre a assistência profissional a ser recebida durante o parto. Nesta busca, elas também se dão conta que podem lutar por um parto mais respeitoso e que devem ser ativistas em prol de maior protagonismo no nascimento do filho.

No Brasil, atualmente, além das parteiras tradicionais, é possível recorrer a profissionais especializados, que atendem PDs, em pequenos e grandes centros urbanos. Cidades como Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília, Porto Alegre e Florianópolis possuem profissionais de saúde que prestam esse tipo de assistência (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER, 2010; KRUNO, 2004; LESSA, 2003).

Algumas mulheres, mesmo tendo se planejado para o parto no

domicílio, acompanhadas por profissionais de saúde, devido a motivos clínico-obstétricos, precisam ser transferidas para uma instituição hospitalar, ainda em trabalho de parto. A experiência de uma das autoras, como enfermeira integrante de uma equipe de atendimento ao PD, tem mostrado que, no período pós-parto, essas mulheres se mostram abaladas, mesmo que o desfecho obstétrico e neonatal tenha sido positivo. Comentam sobre sua decepção, desapontamento e frustração com a mudança do local do nascimento, assim como as dificuldades de superação, especialmente quando relembram o exato momento em que a equipe decide pela remoção e precisa realizar o transporte da parturiente para uma instituição hospitalar – justamente o avesso dos desejos dos profissionais e, particularmente, da mulher, que havia optado pelo PD.

A produção de pesquisas e publicações sobre PD planejado ainda é rara no Brasil e, mais ainda, a temática da transferência materna, no período intraparto. Sobre a problemática da transferência da mulher para o hospital, durante o trabalho de parto, é ainda mais escassa. Detectamos apenas uma pesquisa, desenvolvida no Brasil, mas publicada em Portugal, que levanta uma interface desta questão, e mesmo assim, com dados quantitativos (COLACIOPPO et al., 2010). Uma dissertação de mestrado, defendida no ano de 2010, pesquisou, dentre outros objetivos, as taxas e as causas de transferências maternas e neonatais decorrentes da assistência ao parto domiciliar planejado, por enfermeiras obstétricas, bem como o desfecho do nascimento em âmbito hospitalar, porém, os dados também são quantitativos (KOETTKER, 2010).

Frente a essas justificativas, o objetivo desta pesquisa foi identificar os sentimentos que as mulheres experimentaram no momento da remoção para a maternidade, quando se preparavam para parir no domicílio, sob cuidados profissionais.

O presente estudo integra um macroprojeto que teve como propósito geral, compreender os significados que as mulheres atribuem à experiência de ter dado à luz no hospital, quando planejavam ter o parto no domicílio.

Acreditamos que a identificação desses sentimentos poderá auxiliar as equipes de profissionais que atendem aos PDs, no sentido de prepararem a mulher para a ocorrência, apesar da criticidade e da imprevisibilidade do evento obstétrico.

METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa exploratório-descritiva qualitativa, cujas participantes (depoentes) foram mulheres que optaram

por vivenciar um parto domiciliar planejado, atendidas por profissionais de saúde (médicos e enfermeiras obstétricas), mas que, por algum motivo, tiveram que ser encaminhadas para uma instituição hospitalar, em pleno trabalho de parto. A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2011 a abril de 2012, com 21 mulheres, respeitando os princípios de saturação indicados pelos estudos qualitativos (FONTANA; RICAS; TURATO, 2008).

Para a escolha das depoentes, foram observados os critérios de inclusão: a) ter experienciado o parto para um parto domiciliar planejado, assistido por profissional de saúde; b) ter sido transferida para instituição hospitalar/maternidade durante o trabalho de parto (independente do tipo de justificativa para a transferência); c) ter decorrido qualquer intervalo de tempo entre o parto e o momento da entrevista; e d) ter idade maior que 19 anos no momento da entrevista.

O acesso às depoentes foi feito, primeiramente, através de profissionais que assistem parto domiciliar nos Estados de São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, sendo que dois deles repassaram à pesquisadora dados das mulheres atendidas, independente do período da transferência. Com esses dados em mãos, a pesquisadora fez contato com as mulheres por e-mail e/ou telefone. O profissional de São Paulo consultou as mulheres que tiveram PD, através de redes sociais, convidando-as a participarem do estudo. As que mostraram interesse entraram em contato via e-mail com a pesquisadora. Algumas, no entanto, não foram incluídas, por não atenderem ao item “b” do critério de inclusão.

O método adotado para coleta de dados foi a História de Vida, captada por meio de entrevista aberta (BERTAUX, 2010; 2005). Durante o diálogo, a pesquisadora manteve escuta atenta, encorajou a depoente a apropriar-se da entrevista e pôde identificar momentos nos quais a mulher deveria aprofundar ou abordar melhor determinada fala. O registro dos dados se deu através de gravação de áudio, mediante autorização da depoente, e posterior transcrição em diário de campo. Para análise dos dados foi utilizada a técnica da análise temática sugerida por Minayo (2010), desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, procurando responder ao objetivo da pesquisa.

As 21 depoentes, no momento da entrevista, tinham idade entre 26 e 42 anos, a maioria (18) possuía ensino superior completo, sendo que duas ainda o está cursando, e a outra havia completado o 2º grau. Essas mulheres residiam em três capitais brasileiras onde há profissionais que prestam assistência no domicílio: 12 em Florianópolis,

6 em Porto Alegre e 3 em São Paulo. Todas foram assistidas por profissionais de saúde que atendem ao PD planejado, entre os anos de 2006 e 2012. A localidade das entrevistas foi na cidade de residência das mulheres, com exceção de uma que residia em Porto Alegre e a entrevista foi realizada em Florianópolis, por motivo de férias na cidade. Para entrevistar as demais, a pesquisadora deslocou-se em diferentes momentos da fase de coleta de dados, conforme preferência das depoentes. Desta forma, tanto a data, quanto o horário e o local foram escolhidos pela própria mulher. A maioria preferiu sua residência como lugar da entrevista, mas essas também ocorreram nos locais de trabalho, cafeteria, shopping e escola do filho.

A pesquisa foi norteada pela Resolução 196/96, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), e teve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, em 31 de outubro de 2011, sob protocolo nº 2267. As mulheres receberam informações referentes à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir sigilo e anonimato, as cidades de residência não foram identificadas, assim como as mulheres receberam codinomes, e os profissionais citados foram identificados apenas pela profissão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos pelo Método História de Vida (BERTAUX, 2010; 2005), e sob aporte da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER, McFARLAND, 2006; LEININGER, 1991, 1978), assim como de outros autores que abordam o nascimento como um evento cultural, o processo analítico resultou em dois temas, que serão apresentados a seguir.

O sonho de parir em casa é desfeito

O sonho de parir em casa é construído na gestação ou mesmo anteriormente a esse evento; isso é revelado pelas mulheres quando elas mencionam seu primeiro contato com o PD. Ter nascido em casa, com auxílio de parteiras tradicionais, e alguns depoimentos de amigas ou vizinhas que pariram em domicílio, são trazidos como exemplos de práticas exitosas: [...] *era uma coisa que eu queria, eu nasci em casa, meus irmãos nasceram em casa* (Carol); *um casal de amigos teve o parto com a equipe* [profissionais que atendem ao PD] *e daí eles comentaram, né. Daí a gente achou bem interessante, pela tranquilidade de estar em casa e tal* (Laura); [...] *tudo começou bem*

*antes do Everton nascer, quando uma amiga minha teve um parto com a equipe [...] e além dela, já tiveram outras amigas que tiveram o parto domiciliar. Aí eu comecei a pesquisar as possibilidades, olhar na internet e tal. Achei a página [site sobre PD] e comecei a ler os depoimentos e fui me **encantando** com aquilo. Parecia uma coisa muito bonita, tinha muita emoção, tinha **muita vida** naquilo (Eva); ela [uma amiga] **viveu** um parto domiciliar em cima do apartamento onde eu morava. E eu **vivi** o processo dela de escolha do parto domiciliar, não muito intimamente [...]. Eu nunca pensaria em ser mãe nos próximos dez anos. Sinceramente falando. Achei... tá aí uma boa opção pra mim, acho que isso eu encaro. Daí um tempo, uns três anos [...] dois anos, eu fiquei grávida e eu não sabia nada, não sabia nem se eu e o Lázaro íamos continuar juntos. Mas eu sabia que eu ia querer um parto domiciliar [...].*

Os relatos mostram que as mulheres tiveram o primeiro contato com o parto domiciliar através de sua rede de relacionamentos, ouvindo histórias de pessoas próximas e amigas que passaram pela experiência. Isso também foi constatado por Feyer (2012), Medeiros, Santos e Silva (2008) e Kruno e Bonilha (2004), em estudos que apontam que as mulheres que optam pelo parto em casa sofrem influência de histórias sobre a parturição, ao longo de suas vidas. São resultados denotativos de que a cultura, através de valores que foram transmitidos por meio de determinados grupos sociais, conduziram essas mulheres na escolha do local de parto, mostrando a influência das interações no comportamento das mesmas (LEININGER, 1991). Tais crenças foram aprendidas e compartilhadas em suas redes sociais e moldaram a visão sobre o local do parto.

Nos depoimentos, as mulheres falam de certo “encantamento” pelo parto em casa, que parece estar vinculado ao desejo de protagonizar e ter autonomia na vivência do processo. A esse respeito, Feyer (2012) também aponta a possibilidade de intimidade, afetuosidade e a “ambiência quente e acolhedora” (FEYER, 2012, p. 116) do lar, onde a mulher pode vivenciar seus ritos e crenças familiares, como requisitos para o “parto ideal” em ambiente domiciliar – sensações essas que são quase impensáveis de serem vivenciadas em contexto hospitalar.

Outro aspecto decisivo para tal “encantamento” transparece nas falas de Luíza e de Eva, ao expressarem que os depoimentos que liam ou ouviam de mulheres que passaram pela experiência era impregnado de vida (*tinha muita vida naquilo*), sendo fundamental para que também almejassem “viver” (no sentido de participar) o parto. Mesmo para aquelas que ouviam falar pela primeira vez em parto domiciliar,

acompanhado de certo estranhamento, pela prática incomum, refletiram e pesquisaram sobre o tema, até que foram seduzidas pela ideia de passarem, elas mesmas, por essa experiência. O “encantamento”, pois, sequer tangenciava qualquer probabilidade de que algo inesperado (e indesejado) pudesse vir a compor a história de vida.

Para realizar o sonho de parir em domicílio, as mulheres, quando grávidas, ou prestes a engravidarem, foram em busca de profissionais que as assistissem. O desejo de “viver” o parto e não apenas de parir, levou-as a ultrapassar obstáculos e desafiar fronteiras. Algumas, como Beatriz, mudaram inclusive de médico, e outras, como Juliana, de cidade. *Fui conversar com meu médico antigo. Comecei a fazer umas perguntas e ele virou e perguntou pra mim assim: ‘escuta, quem vai fazer o seu parto sou eu?’ Aí eu virei pra ele e falei assim: a princípio sim. E ele: ‘então você não tem que se preocupar com isso, quem tem que se preocupar com isso sou eu’. Aí eu fiz assim, ó, aí, não vai rolar! [risos] Não é com ele! Eu nem tava grávida, isso foi, sei lá, uns dez meses antes de engravidar. Aí eu falei não, não é com ele. Antes mesmo de engravidar eu já tinha decidido trocar de médico (Beatriz); comecei a consultar com um médico em Blumenau, eu tinha muita vontade de parir o neném, **eu parir o neném**, e quando expus essa vontade para o médico, ele fez uma cara bem estranha e então eu decidi que aquele não era um bom médico, e fui atrás de outro. Amigos me indicaram uma médica e fui conversar com ela. Disse dessa minha vontade de ter o neném, se possível até, **eu agir ativamente** no parto, não era em casa ainda, mas **eu agir** no parto, e ela me disse ‘olha, você mora em Florianópolis, você mora no reduto, no berço do parto natural, do parto humanizado, do parto em casa’, e aí ela me deu a indicação do grupo [profissionais que atendem parto domiciliar] (Juliana); eu tive a informação na cidade que a gente morava [cita município do RJ]. Uma pessoa me falou a respeito e eu fui fazer uma consulta com ela, uma pessoa muito amiga [...]. Daí ela falou do parto domiciliar [...] eu fiquei **encantada** (Letícia).*

Algumas mulheres, consultando os médicos obstetras, e fazendo perguntas sobre o parto normal, “humanizado”, receberam respostas que não as agradaram, seja porque o profissional foi evasivo, “não muito simpático” à ideia, ou mesmo por ser explicitamente contrário ao parto fora do hospital. Diante desses posicionamentos, não titubearam em procurar outro profissional, buscando alguém que compartilhasse do ideário. Esse resultado também foi encontrado em outros estudos, como o de Kruno e Bonilha (2004), que investigaram as vivências, preparação, sentimentos e motivações de mulheres que optaram pelo parto

domiciliar na cidade de Porto Alegre, e identificaram que quando o profissional não corresponde às expectativas, elas são incansáveis na pesquisa por outros, com quem possam compartilhar pensamentos e práticas obstétricas aderentes às suas perspectivas.

Kruno e Bonilha (2004) e também Medeiros, Santos e Silva (2008) mostram que as mulheres buscam esclarecimentos e enfrentam desafios para perseguir o sonho de ter um parto domiciliar planejado. Elas se informam sobre os cuidados que podem receber, a legislação que as ampara, as intercorrências e tipos de partos existentes, as boas práticas a serem adotadas no parto e as intervenções que são consideradas descabidas ou classificadas como agressivas e desnecessárias, com o intuito de se potencializarem, tanto para argumentar com os profissionais de saúde, quanto para o enfrentamento de suas redes sociais familiares, que podem vislumbrar o parto domiciliar como algo inseguro para a mãe e o recém-nascido.

Como se pode perceber nos depoimentos, além desses enfrentamentos, as mulheres buscam no parto domiciliar a efetiva participação, incluindo opinar na tomada de decisões, e serem aceitas e respeitadas pelos profissionais que as atendem, em seus sentimentos e atitudes (LOPES et al., 2005). Esses sentimentos são expressos quando as mulheres se colocam de forma pró-ativa no trabalho de parto, a exemplo de Juliana, que sublinha a intenção inequívoca de protagonismo e autonomia, ao referir: “*eu parir o neném*”. Galvão e Menezes (2011) e Kruno e Bonilha (2004) também observaram que as mulheres optam pelo PD pela possibilidade de experienciar sensações que incluem liberdade, integralidade, subjetividade e segurança física e emocional, que estão intimamente ligadas à confiança que possuem em suas capacidades femininas de dar à luz.

Depois que as mulheres conseguem encontrar a equipe de profissionais que atendem aos requisitos por elas propostos para dar à luz fora da instituição hospitalar, permanecem em fiel vigília gestacional, cumprindo a agenda pré-natal recomendada e, como se disse, atuando em parceria ativa com a equipe, mantendo no horizonte a expectativa, quase sempre positiva, pela chegada do dia D, ou seja, o dia do parto. Constatamos que sequer imaginaram a possibilidade de haver mudança do local de parto, por conta de alguma intercorrência obstétrica, ainda que os profissionais, em algum momento, tenham apontado a probabilidade, e a forma segura e planejada para realizar a remoção.

Somente com o andamento da fase ativa do trabalho de parto é que começaram a vislumbrar a possibilidade de transferência. *Quando a*

bolsa rompeu eu lembro que a minha sensação era de medo, do tipo, chegou a hora e agora? Inicialmente fiquei excitadíssima, eu vou viver, eu vou viver, mas as horas foram passando e o cansaço foi chegando do trabalho demorado, a sensação de que eu não ia conseguir foi gerando uma frustração muito grande (Juliana); durante o trabalho eu sentia sinais no meu corpo que não tava dando, tipo as enfermeiras me perguntavam: ‘tá sentindo vontade de evacuar?’ Eu não sentia essa vontade [...] eu não tive essa vontade de expulsão, então, pô, tem alguma coisa errada, já sentia que tava pegando alguma coisa (Letícia); comecei a sentir que não ia conseguir, na hora que a enfermeira disse: ‘descansa um pouco, vamos tentar depois’, alguma coisa me disse assim, [pausa] não vai dar para tentar depois, então meio ali já foi uma sensação de... acabou [pausa maior] [choro] [silêncio longo] (Beatriz).

Elas recordam quase com comoção desse dia e apontam sinais de desânimo, exaustão e frustração (*eu não vou conseguir*). O sonho começa a ser desfeito quando os profissionais conversam com o casal sobre a “má notícia”, ou seja, a imperiosa necessidade de encaminhamento para a maternidade. *Eu lembro que no dia seguinte, quando eu fui encaminhada pra [nome da instituição] eu tava muito triste mesmo, uma sensação de tristeza [pausa], mas [pausa] enfim um pouco de frustração, eu não consegui levar a cabo o meu sonho, o meu desejo de poder ter um parto em casa! (Juliana); foi bem explicado, a enfermeira conversou comigo, mas mesmo assim fica aquele sentimento de vazio, de sonho desfeito (Laura); é dureza, porque eu achava que eu podia fazer mais ainda alguma coisa. Não consegui. Foi um choque! Fiquei me culpando muito tempo por isso, nossa [pausa], sem razão de ser né, uma coisa que pesou muito. Eu desisti... (Letícia); foi muito [ênfase] difícil, muito, foi, nossa, eu demorei muito tempo pra aceitar que isso tinha acontecido, na hora eu falhei [...] extremamente decepcionada e [pausa] bom [pausa], é..., eu acho que... pra mim o domiciliar era a única coisa boa assim que poderia acontecer (Eva); eu falei: [fala um palavrão] tem que ir, não tem como, mas eu não quero ir [fala com fúria], sabe aquela coisa? Aquele foi o momento mais difícil de tudo. De tudo que eu passei depois, esse foi o momento mais terrível. Que eu tive que subir pra fazer a mala da Luana [bebê]. Aquilo pra mim [...]. Então, aquele momento eu falei: [fala um palavrão] eu não vou! (Luíza); tu fica frustrada. Não tem como tu não ficar, porque tu passa os nove meses lendo e te preparando para isso e na hora, falha; tu falha! (Adriana).*

Trata-se de uma mudança considerável, não apenas nos rumos do

parto em si, mas na vida dessas mulheres. Todos os depoimentos são eivados por perturbações do tipo frustração, culpa e revolta, porém, a tônica de seus lamentos repousa nos sentimentos de culpa por não “conseguirem dar conta” do projeto delineado há tanto tempo. Tomam para si o desfecho, como se tivessem culpa pelo “dolo”. Em suma, as mulheres imprimem significados que não são apenas subjetivos, mas com fundamentos advindos das interações sociais – de suas culturas. Podemos fazer uma aproximação com o estudo de Azevedo e Arrais (2006) sobre o mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto, onde colocam um ideal de mãe perfeita construída ao longo dos últimos séculos, onde a mulher sofre uma pressão familiar e cultural no seu próprio ciclo evolutivo feminino, passando pela gestação, parto e atingindo a maternidade. Assim, é relevante considerarmos que essas mulheres se lançaram a tal desafio contra-hegemônico, porque acreditavam que o parto domiciliar seria o melhor que poderiam oferecer a seus filhos. Ao terem essa representação desconstruída em pleno trabalho de parto, algumas viveram sentimentos de dualidade, estabelecendo um embate entre o ideal projetado e o efetivamente experienciado, o que envolveu sentimentos de frustração e culpa, pois se afastaram da visão romaneada, idealizada durante a gestação. Tal mudança paradigmática levou-as à tristeza, expressando choque e desapontamento por não estarem sentindo a felicidade projetada e, portanto, desejada.

Além dessa perspectiva subjetiva, as sensações negativas advindas da não realização de um sonho também aparentam relação com a culpa por ter rompido com as expectativas da rede social, visto que algumas mulheres tiveram apoio de seus familiares e amigos, enquanto outras se sentiram frustradas por não conseguirem “provar” que o parto domiciliar era possível, já que algumas dessas mulheres tinham determinados membros de sua rede de relacionamento que não eram a favor dessa decisão, fazendo com que fossem cobradas por essas pessoas pela sua opção de parir em casa.

Da “partolândia” para terras desconhecidas

No momento em que se preparavam para dar à luz em casa e tiveram o sonho interrompido, as mulheres do estudo revelaram que houve uma modificação não apenas do espaço físico para parir, mas também uma alteração de seus estados psíquicos, já que aguardavam pela vivência de uma condição de êxtase feminina. *Quando ele falou [o médico, sobre a necessidade de transferência], o primeiro baque foi: que merda! [risos] Não era o que eu queria, mas eu tava, como a gente diz,*

na partolândia, não tava raciocinando muito, eu tava muito mais voltada pra mim do que pro resto, né? (Ângela). A palavra “partolândia” parece ter um *status* simbólico, com o sentido de descrever o que a mulher sente durante a fase ativa do trabalho de parto, e tem a possibilidade de experienciar um estado psíquico que para ela é muito desejado e, inclusive, requisitado com absoluta expectativa, pois trata-se de uma qualidade somente passível de ser vivida, neste estágio liminar, como um rito de passagem para a condição de mulher-mãe.

Carneiro (2011), ao pesquisar práticas de partos “mais naturais” na atualidade, acompanhando mulheres adeptas do movimento do parto humanizado, percebeu algo semelhante ao narrado pelas depoentes desta pesquisa, quando observou que as mulheres que optavam pela vivência do parto domiciliar referiam que era necessário passar pela experiência de “viver a dor”, e que isso era factível de ser experimentado na “partolândia” – um jargão simbólico criado nas listas de discussão e nos grupos da Internet onde as simpatizantes do parto “natural” dialogam acerca do tema, e onde trocam experiências e terapêuticas relacionadas ao “parto natural”. Segundo a pesquisadora, partolândia é descrita como um estado alterado de consciência, um estágio liminar em que a mulher transgredir normas e convenções sociais. Trata-se de uma simbolização do vivido, seja do ponto de vista sensorial quanto psíquico do parto, e sugere uma interconexão entre parto, transe e êxtase, onde a mulher pode então romper com padrões sociais, com qualquer tipo de interdição. Assim, o corpo nu é exposto sem pudores, palavras e sons podem ser exteriorizados sem filtros sociais, pode-se, pois, gritar ou berrar, e os fluídos corporais tem espaço, assim como qualquer posição corporal, por mais estranha, a princípio, que possa parecer (CARNEIRO, 2011).

Portanto, as mulheres do presente estudo ou estavam para vivenciar essa fase, quando receberam a notícia da necessidade de transferência, e isso revestiu-se, inicialmente, num forte abalo psicológico. A depoente Ângela, por exemplo, quando expressou o revés de sentimentos ao receber a notícia de que teria que ser removida para o hospital, é demonstrativa do abalo provocado pela suspensão daquilo que seria o ápice de seu rito de passagem. Para ela, isso era quase uma interdição de vida, já que seu tempo, como referem Monticelli e Elsen (2005), é um tempo narrativo, subjetivo, voltado ao “eu”; enquanto o tempo profissional relativiza-se num tempo clínico, marcado pelos sinais e sintomas das necessidades obstétricas.

Após o momento da desconstrução do sonho de parir em casa, de ter o trabalho de parto interrompido pela “má notícia” da necessidade de

encaminhamento, as mulheres procuram lidar com a ideia imperativa do “ter que ir”, para que o bebê nasça com ajuda de intervenções que não são recomendadas em casa, como o uso de ocitocina, vácuo extrator ou fórceps e, por fim, a cesárea.

A situação de “ter que ir” para a instituição exige, quase sempre, movimentos rápidos da equipe, e também segurança na tomada de decisões, e isso, para a maioria das depoentes, foi tomado como um lenitivo para suas angústias, apesar do tom performático de suas lembranças. *O tempo todo ela [enfermeira] ia falando, porque as contrações iam vindo assim, daí vai conversando e acalmando, acaba tranquilizando* (Laura); *eu fui de quatro no carro, eu não via, daí ia perguntando: onde a gente tá agora? A enfermeira na direção vou te contar, parecia o carro do Batman, nem sentia o chão, foi, nossa, incrível [ênfase], eu achei que foi como tinha que ser mesmo [pausa]* (Eva); *na hora que a gente tava indo, eu perguntei pra médica, a gente tava no carro dela, aí [nome da médica], mas a gente corre algum risco?[...], e ela: ‘não Adriana, se corresse algum risco eu tinha chamado a ambulância’ [risos]. Eu, ah, então tá, eu to bem* (Adriana); *era domingo, nem tinha a possibilidade de ter trânsito, foi super tranquilo, eu sabia onde era o hospital, então, tipo, fui sabendo o caminho inteiro porque fui perguntando, então ali naquele momento, por incrível que pareça, eu não senti preocupação* (Luíza).

Neste contexto, a remoção para a maternidade representa, quase sempre, o limiar entre o sucesso e o insucesso do desfecho do parto. Para a metade das mulheres, no entanto, essa transição foi vivenciada com preocupação, mas sem desespero, pois recebiam suporte emocional do profissional que as acompanhava até a maternidade, sendo que este (a), quase sempre, era quem dirigia o próprio automóvel, durante o traslado. Esse apoio, na ótica das parturientes, era tido como fundamental para lidar com a complexidade situacional, que envolvia desde a superação da dor causada pelas contrações uterinas, até a redução da ansiedade gerada pela mudança de contexto ambiental e, portanto, de perspectivas vitais. Milbrath et al. (2010), em estudo sobre as vivências maternas acerca da assistência recebida no processo de parturição, apontam que o diálogo entre o profissional e a mulher não é simplesmente um ato de transmitir informação, mas uma relação de cuidado, já que a mulher é tranquilizada diante da situação geradora de estresse.

Por outro lado, duas depoentes verbalizaram preocupações relacionadas com a ausência de um (a) profissional da equipe domiciliar no carro que as transportava à maternidade, sendo acompanhadas

somente pelo companheiro e/ou familiar, assim como preocupações com o trânsito da cidade. *Uma coisa que eu senti falta era que uma das enfermeiras podia ter ido comigo, no meu carro, porque foi péssimo [ênfase] [...] e na hora foi só eu e o Lázaro [o marido], eu tava pelando [ênfase] de medo. A parte que foi mais difícil, de tudo que eu vivi, foi da saída de casa até a chegada no hospital. A única coisa que me resgatou assim do fundo foi o Lázaro ter falado: ‘bola pra frente, vamos lá buscar o nosso bebê’. Foi quando eu me toquei [estala os dedos e fala um palavrão], vou buscar minha filha cara, vou conhecer ela [ênfase]. Foi quando eu comecei a melhorar (Luíza); a gente ficou meio preocupado assim porque era uma segunda-feira às 9 da manhã, ela [profissional do parto domiciliar dirigiu o carro], tinha muito movimento (Laura); aí a enfermeira subiu no carro e eu disse: ‘Joaquim, mas ela dirige muito devagar, eu quero chegar logo’ [risos]. Tinha uma hora em que eu até pensei em dizer: enfermeira, deixa o Joaquim dirigir [risos], porque ele tá acostumado com a estrada, ele dirige com segurança, mas dirige mais rapidinho. Pra mim foi sofrido [...] eu ia no banco de trás, pensando, pensando...(Janaína).*

Diante dos sentimentos que já tinham surgido com o sonho de parir em casa desfeito – tristeza, frustração, choque, a mulher se mostra transtornada por estar atravessando outra situação que não era esperada – o percurso entre a casa e a maternidade; o traslado propriamente dito. Esses sentimentos deixam a mulher confusa, porque, afinal, tem que abandonar o “lugar seguro da partolândia”, onde tudo estava desde sempre esquematizado e idealizado, e ter que ir para o exílio, ou seja, a instituição de onde a maioria delas havia evitado parir.

De qualquer modo, para além das inquietações com o transporte, a mulher se encontra agora num limiar entre a novidade e a incerteza de como será seu parto. Pode-se fazer uma analogia entre a situação da remoção de casa para instituição de saúde e o estudo de Schalfuss et al. (2010), em que os autores chamam atenção para o fato de que o parto pode ser considerado um evento inesperado e sem controle, o que é reforçado por Maldonado (2000), que menciona que pode ser marcado por imprevisibilidade e desconhecimento. Novos sentimentos negativos são agregados aos anteriores, como o medo e a sensação de ter sido abandonada pelos profissionais que estavam com ela em casa, já que duas delas referiram que os profissionais não as acompanharam no traslado, por razões não bem entendidas pelas mesmas, além da forma como uma das profissionais conduzia o veículo. Sentimentos de ambiguidade também foram gerados, como no caso de Luíza, que ficou desconsolada durante o deslocamento, temerosa por não ter um

profissional ao lado e, ao mesmo tempo, sendo “resgatada” pelo companheiro, dos maus pensamentos, ao ser lembrada que a filha viria ao mundo.

Mesmo as mulheres que estavam em companhia de um profissional da equipe e do companheiro, e em condições seguras de transporte e trânsito, verbalizaram que o deslocamento as tornavam simbolicamente vulneráveis. *O encaminhamento foi tenso porque eu sentia, assim, que a força que eu já estava fazendo, como é que eu vou te explicar, é [pausa], já tinha se perdido aquele entusiasmo, o entusiasmo meio que deu uma brochada assim... Eu lembro que eu falei para o Leonardo: olha Leonardo, não me deixa desistir, porque eu já broxei total (Letícia); eu fui pra maternidade como uma derrotada, e eu senti muito isso assim, durante todo o processo (Eva); desde que me disseram: ‘Luíza, melhor a gente ir’, até eu chegar no hospital, pra mim foi o pior que poderia acontecer. Derrota total (Luíza).*

Aquelas mulheres, antes confiantes e seguras para parir em casa, com a assistência de profissionais de saúde, neste momento, se mostraram abaladas com a “má notícia”, apontando sinais de falta de entusiasmo e se sentindo vencidas diante da remoção para maternidade. O “ter que ir” à instituição parece ter rompido com os valores, capacidade e poder, cedendo a vez para a culpa e a derrota.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres que optam pelo parto domiciliar e precisam ser removidas para a maternidade durante o trabalho de parto, experimentam sentimentos até então desconhecidos para si próprias. A maioria sequer imaginava que tal mudança pudesse vir a ocorrer, apesar de o pré-natal ter sido planejado e orientado por profissionais obstetras. Sentimentos de frustração, incapacidade e tristeza se interpõem de imediato às fantasias que haviam sido erigidas durante toda a vida com relação ao parto “ideal”, inequivocamente relacionado a uma prática exitosa. Tais crenças foram aprendidas e compartilhadas em suas redes sociais e moldaram a visão sobre o parto, incluindo o local pra a ocorrência do mesmo.

As mulheres referem encantamento pelo desejo de “viver” o parto, e não apenas de parir, e isso as impele a desafiar o instituído, como abandonar o médico que acompanha o pré-natal, com a justificativa de que o mesmo não seria adepto do parto domiciliar, ou o enfrentamento de opiniões contrárias ao parto domiciliar, dentro da própria família, além de outras superações, frente à propulsão volitiva de

não parir em ambiente hospitalar. Quando tais comportamentos são confrontados com a dura realidade da “má notícia” de ter que ir ao hospital, a primeira sensação que evocam é a de culpa, por entenderem que desconstruíram a representação acerca de suas capacidades femininas de bem parir.

Somando-se a isso, precisam lidar com o transtorno emocional relacionado com a interrupção brusca do que viria a ser (ou poderia vir a ser) a experiência subjetiva mais significativa do processo de parir, que diz respeito à possibilidade de viver a plenitude de suas condições femininas de mulheres para mães – algo somente viável, segundo suas representações, quando se tem a oportunidade de parir no ambiente seguro e pleno de energia do ambiente privado do lar.

Passados os momentos de maior impacto, e aceitando a imponderabilidade da situação, as parturientes experimentam diferentes sentimentos durante a remoção para o hospital, que englobam um gradiente que vai da confiança à ansiedade – e cuja polaridade depende diretamente da maneira com que recebem o suporte dos profissionais que as acompanham durante o traslado. Quando não são acompanhadas por alguém da equipe, referem maiores dificuldades para o enfrentamento do estresse gerado pela situação.

As repercussões desses resultados são denotativas de que as equipes de assistência ao parto em nível domiciliar necessitam reavaliar o modo como preparam as mulheres e suas famílias para o parto, ainda durante o pré-natal. Além de dialogar sobre possibilidades de desvios nos planejamentos prévios, como é o caso de o parto ter complicações inesperadas e a remoção ser imperiosa, reforços também devem ser feitos quanto à logística de apoio no acompanhamento, até chegar à instituição de saúde. É relevante deixar acordado como será feita a remoção, quem acompanhará a mulher durante o traslado e também as negociações oficiais sobre quem são os profissionais que a assistirão na maternidade, mas, acima de tudo, apoiar a mulher na confiança em sua capacidade parturitiva, assegurar que será amparada em todo o processo de assistência ao parto, e que a remoção, caso tenha que ser realizada, será previamente planejada e preparada em termos técnicos e humanísticos.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.

19, n. 2, p. 269-276, 2006.

BERTAUX, D. **Los relatos de vida**. Barcelona: Bellaterra, 2005.

_____. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. São Paulo: Paulus, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Brasília: O Conselho, 1996.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas de corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. 2011. 370 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

COLACIOPPO, P. M. et al. Parto planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, III série, n. 2, p. 81-90, dez. 2010.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. 264 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FEYER, I. S. S. **Rituais de cuidados das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC**. 2012. 251 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FONTANA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por

saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GALVÃO, M. L. S.; MENEZES, P. F. A. Parto domiciliar: uma alternativa ao modelo institucional nos centros urbanos. In: Congresso brasileiro de Enfermagem Obstétrica e neonatal, 7 e Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 1. 2011, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABENFO-MG, 2011.

KOETTKER, J. G. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

KRUNO, R. B. **Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização**. 2004. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

_____; BONILHA, A. L. L. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.25, n. 3, p. 396-407, dez. 2004.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

_____; McFARLAND, M. **Culture care diversity and universality. A worldwide nursing theory**. New York: Jones and Bartlett's Publishers Inc., 2006.

_____. Transcultural nursing theories and research approaches. In: _____. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. Toronto: John Wiley & Sons. 1978. p. 31-51.

LESSA, H. **Parto em casa: vivências domiciliares**. 2003. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, mai/ago. 2005.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. dos; SILVA, L. R. da. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 765-772, dez. 2008.

MILBRATH, V. M. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 462-467, jul./set. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTICELLI, M.; ELSEEN, I. Quando o tempo narrativo ultrapassa o tempo da clínica: um modo de cuidar em enfermagem no período pós-natal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2012.

RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: SENAC, 2005.

SCHMALFUSS, J. M. et al. O cuidado à mulher com o comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 618-623, jul./set. 2010.

SILVA, L. M. da; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p 60-65, jan/fev. 2011.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa**: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. 2005. 156 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

_____. A casa como lugar de nascimento: uma reflexão antropológica sobre a “revitalização” contemporânea do parto domiciliar na cidade de Florianópolis. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, 7. 2006, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006, p. 1-7.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 429 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

4.2 ARTIGO 2 - REMOÇÕES DE PARTURIENTES DO DOMICÍLIO PARA O HOSPITAL: SIGNIFICADOS PARA AS MULHERES QUE VIVENCIARAM A EXPERIÊNCIA

Renata Angeloni Burigo
Marisa Monticelli

RESUMO: Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva qualitativa, sob aporte da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, com o objetivo de compreender os significados atribuídos pelas mulheres que pariram no hospital, quando se preparavam para dar à luz no domicílio, sob cuidados profissionais. Utilizando-se a História de Vida, entrevistaram-se 21 mulheres residentes em Florianópolis-SC, Porto Alegre-RS e São Paulo-SP, no período de novembro de 2011 a abril de 2012, sendo os dados processados por análise temática. Os resultados mostram que além das dificuldades referentes à remoção em si, as mulheres têm que enfrentar vários obstáculos dentro da instituição, tanto relacionados à submissão a procedimentos invasivos e pouco justificados, quanto na relação com os profissionais, que podem atuar de maneira discriminatória e autoritária. A experiência faz com que tenham que lidar com sentimentos como frustração, culpa e tristeza, que podem durar longo tempo. Esses significados sinalizam para a necessidade de mudanças na assistência prestada pelos profissionais em nível intra e extra-hospitalar.

DESCRIPTORES: Transferência de pacientes. Parto domiciliar. Acontecimentos que mudam a vida. Cultura.

TRANSFER OF PARTURIENT WOMEN FROM HOME TO THE HOSPITAL: MEANINGS FOR WOMEN WHO WENT THROUGH THE EXPERIENCE

ABSTRACT: This exploratory-descriptive qualitative study used the Theory of Diversity and Universality of Cultural Care with the objective to understand the meanings attributed by women to the experience of giving birth at a hospital when they were actually prepared to give birth at home under professional care. A total of 21 women living in Florianópolis-SC, Porto Alegre-RS, and São Paulo-SP, Brazil were interviewed, guided by History of Life method, between November 2011 and April 2012. The data were thematically analyzed. The results showed that in addition to the difficulties concerning the transfer itself, women had to face many obstacles within the facility, both related to

invasive procedures without proper justification, and to professionals, who may act in a discriminatory and authoritative manner. Their experiences led to feelings such as frustration, guilt, and sorrow that may persist for a long time. These meanings indicate the need to change the care provided by professionals at the intra and extra-hospital levels. **DESCRIPTORS:** Patient transfer. Home childbirth. Life change events. Culture.

REMOCIONES DE PARTURIENTES DEL DOMICILIO AL HOSPITAL: SIGNIFICADOS PARA LAS MUJERES QUE VIVIERON LA EXPERIENCIA

RESUMEN: Se trata de investigación exploratorio-descriptiva cualitativa, en el referencial de la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural, con objeto de comprender los significados concebidos por las mujeres que parieron en el hospital, cuando se preparaban para dar a luz en domicilio, bajo cuidados profesionales. Utilizándose la Historia de Vida, fueron entrevistadas 21 mujeres residentes en Florianópolis-SC, Porto Alegre-RS y São Paulo-SP, entre noviembre del 2011 y abril del 2012, siendo los datos procesados por análisis temático. Los resultados muestran que, además de las dificultades referentes a la propia remoción, las mujeres tienen que enfrentar varios obstáculos dentro de la institución, tanto relacionados a la sumisión a procedimientos invasivos y poco justificados cuanto en la relación con los profesionales, que pueden actuar de manera discriminatoria y autoritaria. Como resultado de la experiencia, es posible que tengan que lidiar con sentimientos como frustración, culpa y tristeza, que pueden durar mucho tiempo. Esos significados señalan la necesidad de cambios en la necesidad prestada por los profesionales en los niveles intra y extra-hospitalario.

DESCRIPTORES: Transferencia de paciente. Parto domiciliário. Acontecimientos que cambian la vida. Cultura.

INTRODUÇÃO

Na realidade brasileira, principalmente nos últimos 13 anos, é facultado às mulheres com gestação de baixo risco, a opção de serem assistidas no parto, por profissionais da área obstétrica, não apenas nas instituições hospitalares (maternidades), mas também nos Centros de Parto Normal, ou ainda, em suas próprias casas (PORTO, AMORIM,

SOUZA, 2010; OMS, 1996), embora a escolha pelo parto em nível hospitalar ainda seja preponderante. O censo de 2010 mostrou que 98,1% dos partos ocorreram no ambiente hospitalar, 0,93% em ambiente domiciliar e 0,92% em outro estabelecimento de saúde (a exemplo dos Centros de Parto Normal, Unidades de Pronto Atendimento, entre outros) (DATASUS, 2010). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualquer que seja o ambiente escolhido pela mulher, este deve atender às suas necessidades e respeitar sua cultura.

Ademais, é importante salientar que quando há mais de uma opção pelo local do parto, é direito da mulher eleger onde ela quer ter o bebê. Este direito integra as práticas demonstradamente úteis e que, segundo a OMS, devem ser estimuladas. Além disso, os profissionais envolvidos devem respeitar “a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações [...] e fornecer assistência obstétrica no nível mais periférico, onde o parto for viável e seguro, e onde a mulher se sentir segura e confiante” (OMS, 1996, p. 36). Tais prerrogativas são explicitamente adotadas por várias instituições governamentais, no mundo todo e, inclusive, recomendadas pelo Ministério de Saúde brasileiro.

No que tange especificamente ao parto domiciliar, Krunk (2004) expõe alguns motivos que levam as mulheres a tal opção, destacando a busca pela privacidade e intimidade, o que favorece o relaxamento, a possibilidade de melhor interação com o companheiro, a participação de outros filhos ou familiares, a expectativa de maior contato com o bebê assim que nasce e a boa disposição física e mental logo após o parto. Tais justificativas se aliam à percepção de que a instituição hospitalar é vista por elas como lugar para pessoas doentes ou para gestantes com risco obstétrico e/ou fetal.

A busca por tais valores apóia-se no que atualmente é chamado movimento pelo parto humanizado, no qual se reconhecem os aspectos fisiológicos do parto, sendo a mulher percebida e assistida de forma integral. Esse movimento, fortemente centrado na desmedicalização do processo do nascimento, também repercute na revalorização do parto, em nível domiciliar. Com essa mudança de paradigma na assistência obstétrica, alguns profissionais de saúde, fazendo uso da ciência e da tecnologia, resgataram o cenário domiciliar como local de assistência ao parto (MARTINS; ALMEIDA; MATTOS, 2012). No Brasil da atualidade podem-se encontrar profissionais e equipes capacitadas para o parto domiciliar planejado em cidades como Florianópolis, Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, entre outras (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER, 2010).

No entanto, mesmo que se preparem para ter o bebê no domicílio, sendo assistidas por profissionais de saúde, algumas mulheres necessitam ser encaminhadas para a maternidade, ainda durante o trabalho de parto, a fim de que o desfecho seja positivo, tanto para a parturiente, quanto para o neonato. A necessidade de remoção ocorre quase sempre devido a motivos clínico-obstétricos variados. A experiência da primeira autora, como enfermeira integrante de uma equipe de parto domiciliar, em especial, nas situações de encaminhamentos, tem mostrado o quão desconfortável esse acontecimento é para os profissionais da equipe e, em particular, para a mulher que vivencia a transferência. A equipe, em visitas de pós-parto, ao interagir com essas mulheres, constata que elas comentam sobre as dificuldades que tiveram com a vivência, seja com relação à decepção com o fenômeno da mudança do local do nascimento em si, com o fato de chegar num lugar que não imaginavam para o nascimento do filho, ou ainda, por algumas terem sido questionadas ou mesmo “cobradas” pelos profissionais do hospital, pela opção que fizeram.

No Brasil, a literatura existente sobre parto domiciliar e transferências do local de parto, do domicílio para o hospital, é escassa. Encontrou-se apenas uma pesquisa, que foi desenvolvida em São Paulo, mas publicada em Portugal, cujos resultados são descritos quantitativamente (COLACIOPPO et al., 2010), e uma dissertação de mestrado, também de abordagem quantitativa, do ano de 2010, tendo como um de seus objetivos, estimar as taxas e as causas de transferências maternas e neonatais decorrentes da assistência ao parto domiciliar planejado, por enfermeiras obstétricas, bem como o desfecho do nascimento, em âmbito hospitalar (KOETTKER, 2010).

Diante do exposto, a presente investigação teve por objetivo compreender os significados atribuídos pelas mulheres que pariram no hospital, quando se preparavam para dar à luz em casa, sob cuidados profissionais, e foi conduzida sob aporte da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural (ANDREWS, 2010; LEININGER, 2007; LEININGER, McFARLAND, 2006).

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva qualitativa, cujos dados foram coletados por meio de História de Vida (BERTAUX, 2010; 2005), entre novembro de 2011 e abril de 2012. Participaram como depoentes 21 mulheres que se prepararam para o parto no domicílio e tiveram que enfrentar o desfecho de parir no hospital, por terem

apresentado problemas obstétricos ou riscos fetais durante o trabalho de parto. Este número de participantes derivou-se dos princípios de saturação utilizado em pesquisas qualitativas (FONTANA; RICAS; TURATO, 2008).

A inserção de cada depoente ocorreu mediante os seguintes critérios: a) ter experienciado o parto para um parto domiciliar planejado, assistido por profissional de saúde; b) ter sido transferida para instituição hospitalar/maternidade durante o trabalho de parto (independente do motivo clínico-obstétrico); c) ter decorrido qualquer intervalo de tempo entre o parto e o momento da entrevista; e d) ter idade maior que 19 anos, no momento da entrevista.

O acesso a essas mulheres foi feito através de contato direto com os profissionais que atendem partos domiciliares nas cidades de Florianópolis, Porto Alegre e São Paulo, uma vez que a pesquisadora mantinha uma rede de relações prévia que facilitava a comunicação com os profissionais destas regiões. Os profissionais de Santa Catarina enviaram dados de todas as mulheres que haviam sido transferidas pela equipe de parto, contendo história obstétrica, motivo do encaminhamento no dia do parto e também as formas de contato com as mesmas. A equipe do Rio Grande do Sul enviou uma lista de nomes com contatos telefônicos e e-mails das mulheres que haviam sido encaminhadas. Já os profissionais de São Paulo fizeram uso de redes sociais, colocando um breve resumo da pesquisa a fim de que as mulheres que tivessem interesse em participar, acionassem a pesquisadora. Assim, dentre as que contataram a pesquisadora, algumas não foram incluídas, por não preencherem o requisito da transferência durante o trabalho de parto.

Ao final, das 21 mulheres participantes do estudo, 12 eram de Florianópolis, seis de Porto Alegre e três de São Paulo. No momento da entrevista, a idade variou entre 26 e 42 anos, 15 eram casadas, quatro com união estável e duas solteiras. Ampla maioria (18) possuía o terceiro grau completo, algumas, inclusive, com títulos lato ou stricto sensu, duas ainda cursavam o nível superior e uma possuía o segundo grau completo. No dia do trabalho de parto em casa, 18 eram primíparas e três secundíparas. Apenas três delas tiveram nova gestação após o ocorrido e os nascimentos aconteceram no hospital, porém uma das mulheres manifestou vontade de ter parido em casa, também na segunda gestação, mas por motivos financeiros, não havia sido possível. Os partos domiciliares foram todos planejados e as transferências ocorreram entre os anos de 2006 a 2012, sendo que 18 foram para instituições privadas e três para maternidade pública. O intervalo de tempo entre o

parto e a entrevista variou de um mês e 20 dias, a 6 anos, um mês e 18 dias.

As entrevistas, gravadas com consentimento, foram realizadas no ambiente de escolha da própria mulher, sendo que a maioria escolheu a própria casa, mas outras optaram por local de trabalho, cafeteria, shopping e escola do filho. Os depoimentos obtidos, após transcritos, foram processados pela técnica da análise temática sugerida por Minayo (2010), por meio das etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, procurando responder ao objetivo da investigação.

A pesquisa, norteadada pela Resolução 196/96, foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, e aprovada em 31 de outubro de 2011, sob protocolo nº 2267. Todas as depoentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato, tanto elas quanto os profissionais citados, receberam codinomes, sendo que os últimos foram identificados apenas pela categoria (médico, enfermeira). As cidades de moradia também foram mantidas em sigilo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os temas emanados dos procedimentos analíticos receberam os seguintes títulos: a) *“O que vai acontecer agora?”*: a chegada/recepção na maternidade, b) *“Foi o parto que deu pra fazer”*, e c) A volta para casa e o difícil “processamento” da experiência, cuja discussão é apresentada a seguir.

“O que vai acontecer agora?”: a chegada/recepção na maternidade

As mulheres que planejavam um parto domiciliar, estando próximas de realizá-lo, além de serem surpreendidas pela “má notícia”, ou seja, a necessidade de remoção para uma instituição, em pleno trabalho de parto, ainda tinham que lidar com a incerteza do desfecho obstétrico e com a dúvida sobre como seriam atendidas no hospital.

A primeira impressão, ao dar entrada na maternidade, foi permeada por sentimentos de indignação, pois quase todas verbalizaram que tiveram que aguardar os trâmites burocráticos para poderem internar, embora estivessem convictas que, devido às suas condições peculiares, tais procedimentos poderiam ser secundários à assistência propriamente dita. Além disso, e de forma contundente, todas expressaram inconformismo por terem que “enfrentar” o ambiente hospitalar para darem à luz, por ter sido aquele o ambiente onde haviam,

intencionalmente, evitado entrar. *Já na chegada pediram aqueles trâmites de dinheiro, você tá lá quase morrendo, mas tem que assinar (Letícia); enquanto a gente não tava com toda a documentação na mão, tive que ficar na sala de espera, onde só ficava um acompanhante, daí optamos pela enfermeira [componente da equipe do parto domiciliar], mas o meu marido não podia estar junto. Fiquei presa até liberarem a internação [...] é muita crueldade (Leila); quando cheguei foi bem apavorante [...]. Meu Deus, onde que eu tô? Tô de volta à realidade (Adriana); por melhor que seja o hospital, é um hospital! (Janaína); hospital é sempre hospital, você não tem liberdade pra nada (Juliana); eu queria era estar na minha cama...leito do hospital é horrível! (Beatriz); quando chegou no hospital eu travei. As contrações trancaram... demoraram...e o que tava evoluindo super-rápido começou a...assim, deu uma boa parada... uma travada bem ruim. Isso me marcou... não era bem assim que eu queria (Ângela).*

Mesmo a maioria sendo atendida pelo setor privado, onde se espera uma assistência mais individualizada, percebe-se que a própria mulher se sente tolhida de liberdade, e sem saber como agir nesse novo ambiente; algumas acharam descabida a demora dos trâmites de internação. Leila, por exemplo, chegou a considerar esta atitude “desumana”, uma vez que a burocracia suplantava seu conforto e bem-estar. No caso de Ângela, a chegada na maternidade causou, inclusive, a paralisação das contrações uterinas, que, em casa, eram constantes e rítmicas, e na maternidade, passaram a ficar escassas. Os sentimentos expressados por todas as depoentes traduzem um estado de estresse que, segundo Odent (2004), marca a “substituição” da ocitocina pela adrenalina, uma vez que a mulher tem que enfrentar duplo desconforto, e isso, segundo o autor, ocorre sempre que a parturiente sente-se acuada, com medo, em lugares com excesso de barulho, preocupação com alguma condição e quando há mudança de ambiente.

Após a internação propriamente dita, já com a identidade de “paciente”, as depoentes passaram a referir-se às formas de interação com os profissionais da saúde, sendo que algumas, por receio de sofrerem discriminação, omitiram que estavam em trabalho de parto domiciliar, e tinham que buscar auxílio hospitalar, não por conveniência, mas por necessidade: *decidimos no caminho não comentar, porque eles [profissionais da instituição] acham que as pessoas são meio malucas em ter parto em casa (Laura); aí ele [anestesista, perguntou]: ‘tu tava no consultório dela [obstetra que a acompanhava no traslado], né?’ E eu: ‘aham, tava’. Se eu dissesse para aquele cara que eu tava em casa, ele ia me dar um esculacho (Adriana).*

Essa condição de ocultar o verdadeiro motivo pelo qual está buscando assistência na instituição está vinculada ao receio que a mulher tem de ser mal vista e maltratada pelos profissionais. Mesmo aquelas que foram encorajadas pela família ou mesmo pelos profissionais que atendiam no domicílio, a dizerem “a verdade”, o fizeram de forma defensiva, quando questionadas sobre a proveniência, como se observa no relato de Luíza: *ela [profissional] falou: ‘é você que tá vindo de um parto domiciliar?’ Sou eu, por quê? Ela disse: ‘há quanto tempo você tá em trabalho de parto?’ Daí eu falei: agora deve tá indo pra umas 25 horas, mas estou bem. Ela falou: ‘sinceramente, quem aguenta 25 horas, aguenta até 40!’... que foi quando quebrou um pouco aquela coisa, eles sabiam que eu tava vindo de um parto domiciliar, ninguém foi grosso comigo, pelo contrário, eu ouvi de algumas das enfermeiras: ‘olha, não nasceu em casa, mas vai nascer bem’.* Tava preparada pra encontrar uma equipe refratária, sabe, mas não foi.

A sujeição às rotinas institucionais foi sentida como algo profundamente impactante, particularmente pela despersonalização que as mesmas provocaram: *quando tu chega, tu entra, eles já dão uma roupa, tu tens que colocar* (Adriana); *eu fui pra uma salinha de preparação, a moça foi bem fria comigo: ‘tá, tira brinco, colarzinho [imitando a pessoa que a recebeu na instituição]’.* Eu tava com uma medalhinha de Santa Clara, eu pensava, eu não vou tirar, mas tem que tirar...acho um absurdo. Dá indignação, eu fui pra deprê e comecei a chorar (Luíza). As mulheres experimentam uma sensação que ultrapassa a necessidade de ter que descartar alguns de seus pertences. Além de serem despidas de suas roupas e objetos pessoais, elas deixam ali também suas crenças, seus valores e suas dignidades como mulheres, pois suas preferências e visões de mundo sequer são questionadas. Com essa transformação identitária, a mulher interpreta que precisa deixar sua personalidade de lado, para se tornar mais uma.

Vargens, Progiante e Silveira (2008), ao estudarem a forma como se dá a internação em algumas maternidades, reforçam essa perspectiva, onde a mulher é despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade. De forma parecida, Medeiros, Santos e Silva (2008) discutem que a mulher estará sofrendo abusos e interferências desnecessárias e que não haverá humanização ao nascimento, enquanto a mulher for despida de suas roupas, pois trata-se de práticas simbólicas, que deixam crenças, vontades, desejos e experiências, do lado de fora da instituição. Segundo Leininger e McFarland (2006), cada cultura tem suas próprias definições e práticas acerca do que é cuidar de si. Nesse

caso, essas mulheres são dotadas de valores, normas e crenças, elaboram saberes e práticas que as guiam durante o trabalho de parto, incluindo suas vestes e objetos pessoais, que têm significados que valorizam a experiência parturitiva, porém, isso é ignorado quando chegam à instituição.

Essa descaracterização é um dos primeiros atributos que a mulher enfrenta ao entrar no sistema profissional, contudo, a medicalização da assistência obstétrica tem continuidade à medida que ela permanece internada. *Mal cheguei, já colocaram o soro e o tal do antibiótico [tinha bolsa rota]. Me disseram pra deitar e logo veio uma enfermeira, com uma lâmina para depilar. Como eu tava com a bexiga cheia, colocaram sonda pra esvaziar. Tava três profissionais ao meu redor e aquela sensação de pressa, do tipo vamos fazer [cesárea], então eles falam entre si como se eu não tivesse ali, como se eu fosse um objeto (Juliana); eu comecei a ficar com medo. A impressão que dá é que não estão nem aí, é só um procedimento, vai lá e... (Janaína); ela [médica] fez aquele toque do-lo-ri-dís-si-mo [fala pausadamente e com ênfase] e falou: ‘faz força’, e não tinha como eu fazer força com aquele toque horroroso, e ela falou que como eu não ia ajudar, então que a gente ia pra cesariana (Eva); acho que em uma hora eles fizeram mais toques do que fizeram em um dia e meio [em casa]. O médico disse: ‘vou botar um sorinho pra dar um agilizada nessas contrações’ (Pâmela).*

Esses depoimentos são veículos para a interpretação de que os profissionais da instituição utilizam um “quê fazer” apoiados integralmente nas premissas biomédicas do sistema oficial de saúde e, aos olhos dessas mulheres, sem ao menos considerar o conhecimento, os valores e as particularidades que as mesmas possuem sobre o fenômeno vivenciado. Assim, além de anular um saber que poderia ser veículo para o compartilhamento de experiências, os profissionais seguem procedimentos técnicos rotineiros, alicerçados em relações autoritárias e prescritivas. A fala de Juliana deixa claro o poder do profissional. Essa ideia é sustentada por Davis-Floyd (2001), quando expõe que esses profissionais se julgam no topo da hierarquia hospitalar e investem na sua autoridade, cabendo à mulher a abdicação de sua individualidade e a entrega total nas mãos da instituição.

Outro fator que confirma isso é a prática rotineira e repetida de toques vaginais, como referem Eva e Pâmela. De acordo com Wolf e Waldow (2008), o uso desta prática invasiva “em demasia” reverte-se em violência física e psicológica, uma vez que, quando se faz manipulação excessiva e desnecessária da vagina da mulher, não apenas se provoca exacerbação da percepção dolorosa, como também se lança

mão de uma atitude que é constrangedora e invasiva para o corpo feminino, deixando a mulher num estado de vulnerabilidade, passividade e servilismo. O que as depoentes expõem é que essas práticas sujeitam as mulheres a papéis de submissão e de franca expropriação com relação aos saberes e valores relacionados ao corpo, à experiência parturitiva e ao protagonismo existencial do ato simbólico de parir e dar à luz. Tais sentimentos são traduzidos por Juliana e Janaína, ao verbalizarem que se sentem um “objeto” ou um “procedimento” a ser manipulado pelos profissionais.

Além disso, manifestaram também que as interações com alguns profissionais se deram de forma descompromissada e distante: [...] *eu disse: espera, espera que tá dando mais uma contração. Ela tava na minha frente, e eu, acostumada em casa a abraçar para ter a contração, fui pegar nela, e ela tirou a minha mão do ombro dela, botou assim na maca e saiu* [imita o gesto de tirar a mão do ombro]. *Aquilo pra mim [voz embargada] foi uma das piores experiências que eu tive, porque foi a negação do carinho. É uma coisa que me emociona até hoje* [choro] [longa pausa] (Janaína); *ele [profissional] não teve uma palavra amiga comigo. Só falou: ‘vamos rápido pra cirurgia!’ Eu comecei a chorar [voz embargada], de desespero, de medo, e também as enfermeiras, nossa, grotesco* (Paloma); *a impressão que eu tenho é que aquela equipe pensava: ‘ai que saco, lá vem a outra tentar parto normal’. Achei frio, meio tipo: ‘por quê não vai pra uma sala e resolve o problema em dois toques [cesárea]?’* (Ângela).

Os depoimentos mostram que a maioria dos profissionais das instituições não considerou as necessidades da mulher e, aparentemente, estavam focados em realizar as “tarefas” para “resolver” logo a questão. Davis-Floyd et al. (2010), ao estudarem os 10 passos da Iniciativa Internacional pelo Nascimento Mãe-Bebê (IMBCI) sustentam que o modelo biomédico de atenção ao parto ainda é dominante, repercutindo na maneira com que o profissional realiza suas atividades, ou seja, de modo rotineiro, centrado essencialmente na técnica, e sem preocupação em prestar atendimento respeitoso e digno. Oliveira et al. (2010), por exemplo, referem que o “toque” deveria ser um símbolo de apoio e conforto, porém, o profissional citado por Janaína, ao negá-lo, estabeleceu uma barreira na relação, provocando sentimentos contrários. Onde deveria existir apoio e conforto, imperou o vazio da indiferença. Velho et al. (2012) apontam que a assistência prestada pelos profissionais no momento do parto e nascimento é caracterizado por relações impessoais e assimétricas, inclusive mantendo distância da mulher. Milbrath et al. (2010) sublinham que o profissional,

independente do cargo que ocupa, deve possuir competência técnica, habilidade e controle emocional para prestar assistência, sendo que é isso que os faz “humanizar” condutas e posturas. Leininger (2007) acrescenta que sem habilitação para conhecer e valorizar as crenças e a visão de mundo dos usuários, o cuidado cultural resultará incongruente.

Por outro lado, algumas mulheres declararam que se sentiram bem recebidas na maternidade: [...] *eu pedi pra enfermeira: você me dá um abraço? Aí ela: ‘dou’. E me deu, falando: ‘olha, vai dar tudo certo, vai dar tudo certo’ [...] e, outra coisa, na hora que abriram a porta [da sala de parto], eu levei um choque, tinha bola de pilates, tinha pouca luz, tinha um aparelhinho de som que elas botaram ali pra mim. As enfermeiras não sei se condoeram, ou o que foi, mas elas foram super queridas, acho que elas ficaram meio com pena (Luíza); de certa forma, pra quem não queria ir pro hospital, foi até tranquilo, não tenho reclamações maiores (Beatriz); foram atenciosos na maternidade (Maria).*

Aqui, diferente do contexto anterior, aparecem atitudes mais aderentes com as necessidades das mulheres, principalmente nos quesito acolhimento e não julgamento e, inclusive, a fala de Luíza encontra ressonância nos pressupostos do cuidado cultural, já que as profissionais citadas conseguiram identificar que estavam diante de situações diversas (e não derradeiramente universais), estabelecendo e proporcionando condutas e ambiente propício para atendê-las, sob o ponto de vista “emic” (LEININGER; McFARLAND, 1991, p. 13). Essas profissionais ajudam as mulheres a repadronizarem a ideia que o hospital seja um lugar ruim para dar à luz, mesmo que, para elas essa não fosse a opção desejada. Contudo, são ações pouco frequentes, centradas no cuidado prestado pela enfermagem (nenhum outro profissional foi descrito com esta característica) e, como revela o depoimento de Luíza, focado mais na reatividade (como resposta ao pedido de abraço) do que na propositividade.

“Foi o parto que deu pra fazer”

Diante de todas as situações inesperadas – a chegada à maternidade, os primeiros contatos com os profissionais e a sujeição às rotinas institucionais – essas mulheres ainda tinham que transpor o incerto desfecho do parto. Identificou-se que seis das 21 entrevistadas puderam experienciar o parto vaginal, o que acabou sendo um lenitivo para a difícil experiência de ter que enfrentar a hospitalização, a exemplo dos depoimentos: *quando a bolsa estourou foi um gozo, uma coisa indescritível [...] eu fiquei muito feliz, extasiada. No final das*

contas, consegui parir. Tenho orgulho de ter ficado tanto tempo em trabalho de parto e de ter parido normal, natural (Amanda); *foram muitas horas de angústias, sem saber o que tava acontecendo [...] horas de dor, mas depois, claro, alegria maravilhosa* (Laís). Ter “conseguido” dar à luz via vaginal parece ser um presente diante de tantas dificuldades. As que puderam “provar” o parto, ao final, sentiram-se honradas com a experiência, e enfrentaram menor estresse para superar o ocorrido, como se fosse um mecanismo de compensação.

A esse respeito, Lopes et al. (2009) explicam que há uma contrapartida de todo processo doloroso vivido, e isso depende das crenças e valores da mulher sobre a parturição, do modo como foi preparada no pré-natal, da forma como foi assistida no trabalho de parto, além da felicidade e gratificação sentida, por si só, com o nascimento do filho. Carneiro (2011), por sua vez, ao pesquisar as motivações que levam mulheres brasileiras a desejarem intensamente um parto via vaginal e “natural”, argumenta que elas não querem apenas mais um parto, mas “o seu” parto, ou seja, ambicionam tornar esta uma experiência extra-ordinária, que se vincule aos seus modos de vida e às suas particularidades. Então, no caso das mulheres da presente pesquisa, mesmo diante das adversidades vividas, o fato de terem tido o bebê pela via que sempre aspiraram, de alguma forma, as fez sentirem-se revigoradas, ainda mais tendo em vista suas representações acerca da obstetrícia exercida nas maternidades, marcada pelo “empobrecimento das experiências de parto” (CARNEIRO, 2011, p. 181).

As outras 15 mulheres, além de não terem o parto no domicílio, tiveram seu desejo duplamente interrompido, por terem que se submeter a uma cesariana. *Eu não acreditava que aquilo tava acontecendo comigo. Não tava na minha casa e tinha um corte na barriga* (Maria); *eu só chorava, pois tudo o que eu não queria acontecia: uma peridural, a cesárea, o meu filho em outra sala. Foi muito frustrante* (Pâmela); *tu fica impressionada com a rapidez do negócio, é chocante, é mecânico, tu não tem chance. Tu entra, já te dão anestesia, te amarram, e aí, já nasceu. Pronto, acabou...* (Adriana). A experiência da cesárea, ou o “empobrecimento da experiência”, conforme Carneiro (2011), levou-as a sensações de desamparo, não apenas pela quebra da expectativa, mas pelo modo abrupto com que decidiram por sua realização, sem que fossem consultadas ou ao menos suficientemente informadas sobre a necessidade de sua ocorrência; porém, como concluem alguns estudos recentes, isso não é “prerrogativa” das mulheres que sofreram transferência, e sim, procedimento relativamente corriqueiro, particularmente em instituições particulares de assistência ao parto

(CARNEIRO, 2011; GAMA et al., 2009).

Apesar dos sentimentos de tristeza e amargura pela forma com que a cesárea aconteceu, é interessante observar que, ao final do parto, ao constatarem que o bebê nasceu com vida e sem complicações sérias, as mulheres parecem ter “se entregado” a sentimentos de conformismo pela não participação, não decisão e não informação. *Depois não interessava mais o jeito que nasceu, o que importa é que nasceu bem, está saudável. O resto é o resto* (Adriana); *eu acho que eu entreguei mesmo pra cesárea e daí só pensava em ter meu filho nos braços* (Raquel); *teve que acabar assim, mas o importante é que nasceu bem* (Pâmela). À primeira vista, após o nascimento, parece que elas abdicam de si em “benefício” da saúde do bebê. Trata-se de uma consternação temporária, consagrada pelo recebimento do “prêmio” maior, que é a saúde do filho. Ronconi et al. (2010) e Lopes et al. (2009) apontam que as mulheres se sentem recompensadas com o nascimento do bebê e a certeza de que são perfeitos. Porém, Silva, Barbieri e Fustinoni (2011) refletem que esta felicidade pode mascarar os reais sentimentos com relação ao modo como foi o processo de parturição.

Além da cesárea, as depoentes também foram enfáticas em comentar sobre a incongruência de não poderem ter o bebê nos braços assim que eles nasceram, uma vez que quase todas foram privadas deste contato. *Eles levaram a Júlia. Eu não queria isso* (Juliana); *eu queria ter abraçado ele [...]* (Eva); *quando nasceu, ela não veio direto pra mim, e eu queria aquela coisinha fofa aqui no peito [...]* (Beatriz); *ele não veio pros meus braços, foi pro banho e tal, e não sei o quê. Eu só fui vê-lo na recuperação...* (Paloma); *meu Deus, eu só queria ter aquele bichinho aqui, pele com pele* (Raquel); *eu me senti assim, sei lá, eles levaram ela de mim* (Silvia); *eu fui a última na sala a ver meu filho* (Janaína).

Essas mães foram impedidas de iniciarem o vínculo com seus bebês, uma vez que as rotinas hospitalares inadequadas é que prevaleceram. Sabe-se que separações como essas não são incomuns nos meios institucionais, seja em organizações públicas ou privadas, como mostra as pesquisas recentes de Matos et al. (2010) e de Rosa et al. (2010), que concluem que os cuidados imediatos ao recém-nascido muitas vezes são gerados pela ansiedade da equipe na realização dos mesmos, não havendo, pois, preocupações com relação a apego e vínculo. Todavia, ao refletirmos sobre o impacto deste “desenlace” para as mulheres da presente pesquisa, que já sofreram tantas decepções anteriores, esta situação só fez desdobrar as angústias e decepções em torno da experiência.

A volta para casa e o difícil “processamento” da experiência

A história subjetiva contada por essas mulheres é representativa do impacto que a experiência vivida ocasionou em suas vidas “reais” e dos significados que o evento deixou impressos em suas memórias. O “rescaldo” deixa entrever sentimentos difíceis de serem processados. *Primeiro ok, aceita isso, vai ter que ser. Depois, eu não quero aceitar isso, eu não acredito que eu tô vivendo isso [fala com ímpeto] [...]. Depois vem a culpa [pausa], a frustração, a pior das frustrações, tipo eu falhei, eu falhei como parideira [choro] (Juliana); depois do parto você para pra processar tudo, chorei muito, uns três meses, eu não aceitava [...] eu tive aquela tristeza por ter sido encaminhada [...]. O pior que eu vivi na vida depois da perda da minha irmã, foi essa de ir de casa pro hospital (Luíza); não consigo esquecer [...] é como se tivessem me tirado o tapete [...] muita dor, mas eu também não quero me afastar disso [olhos marejados]. Não tem como voltar, igual morte, igual acidente (Carol); O plano que deu errado. A palavra é frustração, sensação de não ser dona de ti mesmo (Ângela); a gente fica pirando um pouco, e me dá uma tristeza bem profunda [...]. Como trabalhar com esse sentimento de não ter tido? [choro] (Alice).*

O choro em meio aos depoimentos foi revelador de mágoas e desapontamentos com a transferência. As mulheres fizeram questão de dizer que se trata de um processo de enfrentamento complexo e demorado, e que até hoje permanece incrustado no processo de viver, como uma fagulha pronta para ser acesa. Quase todas as narrativas estão impregnadas por marcas negativas, mas a sensação de terem “falhado” parece a mais presente.

Esta “falha” relaciona-se não apenas com a interrupção e mudança dos planos do parto, mas, especialmente, a sentimentos aderentes à incapacidade de parir, de acordo com a concepção que têm a respeito do que a sociedade espera da mulher. Trata-se de certa incompetência que mostra inaptidão ao papel que a “natureza” lhe reservou. Como explicitou Juliana, ela não conseguiu cumprir com seu papel feminino. De certo modo, trata-se de um valor cultural que criou corpo nos significados que essas mulheres imprimem ao seu ciclo vital – se não são capazes de parir “naturalmente” (o que inclui parir em casa), devem então se culpabilizar, como uma forma de redenção. Lopes et al. (2005) lembram que para muitas mulheres, o parto é deparar-se com o produto do corpo e que esse tem a competência de gerar, parir e cuidar, e quando um desses itens não é atingido, o corpo mostra sua incompetência e incapacidade, mexendo com a autoestima. Tal sentimento é tão arrasador, que algumas das depoentes, como foi o caso

de Luíza e Carol, fizeram comparações com as perdas resultantes de acidentes ou mortes.

O desapontamento pela “falha”, como se disse, evoca a culpa, como um dos sentimentos mais presentes ao iniciarem o “processamento” da experiência, após a volta para casa. *Teve momentos que coloquei a culpa totalmente nos profissionais, outros que coloquei a culpa totalmente em mim e fiquei me chicoteando [...]. Hoje em dia estou tentando trabalhar esse negócio de culpa* (Eva); *eu lembro que eu sofri muito depois de sair do hospital, não conseguia lidar com os pensamentos, fiquei me culpando por toda a trajetória do parto* (Letícia); *foi uma época bem de turbulência emocional nos primeiros meses. Acho que aceitei mesmo talvez uns seis, sete meses depois. Eu me sentia culpada* (Janaína); *faz mais de dois anos. Até hoje eu fico perguntando o que eu fiz de errado, culpo todo mundo. Eu não cheguei a ir pra cesariana, senão teria sido pior. O fato não é ter conseguido no hospital, e sim, não ter conseguido ter em casa* (Elaine). Essas mulheres trazem a culpa como uma martírio, uma forma de punição pelo ocorrido, algo que provocou prejuízo moral a si mesmas, sendo que tais expressões se avizinham ao que Azevedo e Arrais (2006) e Phillips, McGarth e Vaughan (2010) denominam de associação com a visão romaneada da mulher com relação à maternidade.

Algumas depoentes chegaram a referir que quase entraram em processo patológico psíquico, frente a tais sofrimentos: [...] *dava vontade de largar tudo e... foi punk* (Pâmela); *foram meses que eu chorava praticamente diariamente quando eu lembrava da história toda* (Eva); *não sei se chegou a ser uma depressão pós-parto, mas eu me sentia muito mal* (Letícia); *eu tive depressão pós-parto. Acho que as mulheres que ficam com essa quebra dessa expectativa de ser em casa e de sair pro hospital são mais propensas, porque a gente fica com um luto a mais* (Raquel). A tristeza sentida por essas mulheres é evidente, expressando, provavelmente, o choque e o desapontamento por não terem sentido toda emoção e felicidade que caracterizava a gestação, o parto e a maternidade idealizada (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Percebeu-se que quanto mais tempo decorria da experiência, menos conturbadas as mulheres se expressavam, embora, para algumas, sentimentos de incompreensão ainda pairavam em suas consciências, mesmo que tenham buscado ajuda na psicoterapia, como ocorreu com quatro delas. Contudo, para a maioria, as fases turbulentas já foram processadas, dando lugar à resignação, para algumas, e à aceitação, para outras: *depois de um tempo [pausa] você vai se conformando com aquilo. Hoje eu acho que aceitei um pouco, entre aspas aceitei, mas*

talvez não tenha me conformado plenamente com o fato ainda, dá para perceber né?! [choro] (Juliana); hoje em dia eu até agradeço, porque me tornei uma pessoa muito mais maleável, inclusive em outras coisas da vida (Eva). Lopes et al. (2005) colocam que, embora hajam ponderações subjetivas, o tempo em torno de três meses depois do parto é, em geral, um período em que as mulheres começam a referir sentimentos positivos com relação à experiência negativas, sugerindo que esses sentimentos podem ser uma tentativa de minimizar a culpa por não ter gostado da experiência ou ainda uma tentativa de evitar sua depreciação.

Além disso, observou-se que as mulheres que aceitaram (ou estavam em processo de aceitação) melhor a ocorrência, e tiraram lições disso “para a vida”, como verbalizou Eva, foram aquelas que conseguiram “naturalizar” a relação com suas crianças, apegando-se à tarefa como “a sublime missão” da vida. *Eu acho muito legal o cheiro. É o cheiro da mãe, é o cheiro do filho. Eu cuidava quando o Jonas era bebê, eu não usava creme, eu não usava perfume, eu não usava nada pra ter o meu cheiro, eu acho que é uma coisa bem animal. Fiquei alguns meses como se tivesse acuada. Sabe quando a fêmea ganha o bebê e fica cuidando, fica chocando? (Janaína); eu abraçava ele toda vez que dava banho, pegava ele peladinho e abraçava, por ter perdido esse momento (Eva); eu não consegui ter ela por via natural, então eu tento fazer o meu papel de mãe o melhor possível (Juliana).* Várias delas “recompensaram” o filho pela falta de boas-vindas ao nascer, adotando práticas e posturas que consideram indispensáveis ao desempenho da “boa mãe”.

Ao refletir sobre as relações entre “natureza” e maternidade na visão das famílias adeptas do parto domiciliar, Torquist (2002) e Feyer (2012) argumentam que as mesmas estariam passando por um resgate de poderes e saberes femininos em busca de um empoderamento que, segundo suas concepções, estaria centrado numa visão de caráter “ecológico” e, portanto, na condição biológica e instintiva da mulher. Este ideário a colocaria, pois, em plenas condições para reaver sua capacidade reprodutiva e seu “instinto” maternal. Para as mulheres deste estudo, portanto, o significado do que seja uma “boa mãe”, por um lado, ajuda na superação da experiência traumática da remoção, mas, por outro, pode vir a tornar-se mais um desapontamento, caso as tarefas de responsabilização que impingem a si mesmas não sejam relativizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estar diante de outra condição, a internação na instituição, após

ter tentado um parto domiciliar, faz com que a maioria das mulheres se sinta sem paradeiro, por não saber o que esperar e como se portar perante a nova condição existencial. Desde o início elas se deparam com sentimentos de indignação e despersonalização diante dos trâmites da internação e rotinas institucionais. Embora algumas dessas mulheres tenham verbalizado que foram bem recebidas e atendidas pelos profissionais da instituição, a maior parte vê-se obrigada a deixar suas normas, crenças e valores do lado de fora da instituição, e tornar-se “mais uma”, mediante o sistema hospitalar. Elas também se sentem absorvidas pelas práticas e saberes dos profissionais, que não estão preparados para recebê-las, ou mesmo para aceitar e respeitar a decisão que tomaram. Chama a atenção também que várias instituições e profissionais não respeitam sequer as recomendações da OMS, que asseguram à mulher o direito de escolha sobre o local de parto.

As mulheres cujo desfecho foi o parto normal, enfrentam melhor a mudança do local para parir, porém, as que precisaram de cesariana se autodenominam como “duplamente frustradas”, apesar de todas argumentarem que o que mais importa é a saúde e o bem-estar da criança. Sentimentos de culpa, tristeza e de terem “falhado” no papel de mulher e mãe tomam lugar desde o momento da chegada na maternidade e perduram por períodos relativamente longos, sendo que muitas expressam sinais e sintomas de depressão, mesmo no período de puerpério tardio. No intuito de transporem tais dificuldades e, enfim, “aceitarem” a experiência vivida, procuram expressar cuidados desmedidos às crianças que nasceram de tal vivência, uma vez que os consideram representativos das práticas de uma “boa mãe”, e estas, por sua vez, perfeitamente amoldadas às crenças e valores que caracterizam o “instinto” materno, interrompido pela condição “não natural” do parto realizado em nível hospitalar.

Embora uma limitação deste estudo seja que apenas as mulheres de três Estados brasileiros que passaram pela experiência da remoção tenham sido ouvidas, os resultados são pródigos no sentido de trazer à tona as contribuições que as mesmas trazem à prática assistencial, particularmente para os profissionais que atuam no interior das maternidades, no sentido de agirem de forma respeitosa e culturalmente congruente, seja com relação aos valores e crenças dessas usuárias, seja no que se refere ao uso desmedido de práticas interventivas, que desrespeitam tanto as evidências científicas quanto as relações profissionais-clientes e o amparo aos direitos sociais reiteradamente enfatizados pelas políticas de humanização do parto e nascimento.

Outra contribuição igualmente importante alude-se às equipes de

profissionais que atuam no parto domiciliar, em qualquer Estado brasileiro, já que as depoentes indicaram, muitas vezes, nas entrelinhas, que precisam ser melhor preparadas para uma possível transferência intraparto. Isso repercute, inclusive, no modo como as mulheres e suas famílias passam a encarar, não somente a instituição hospitalar em si, como uma ferramenta de apoio ao melhor resultado do processo, mas também a aceitação de que a cesariana, por exemplo, quando bem indicada, como foi na maioria dos casos aqui envolvidos, pode, inclusive, vir a salvar vidas, além de ser uma das formas de dar à luz que viabiliza, quando bem conduzida, a possibilidade de que nada se perca no exercício da maternidade. Em suma, cabe reconhecer que o preparo, o planejamento e as decisões profissionais bem balizadas, ainda que resultem em transferências, podem colaborar para enriquecer as experiências parturitivas, no caso das mulheres, assim como a assistência profissional, intra e extra-hospitalar, que podem (e devem) ser pautadas na congruência cultural e no direito à saúde dessas mulheres e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, M. et al. Theoretical basis for transcultural care. **J. Transcult. Nurs.**, San Francisco, n. 21, supplement I, chapter 3, p. 53S-136S, Oct. 2010.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, n. 19, v. 2, p. 269-276, 2006.

BERTAUX, D. **Los relatos de vida**. Barcelona: Bellaterra, 2005.

_____. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. São Paulo: Paulus, 2010.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas de corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. 2011. 370 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-graduação em

Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

COLACIOPPO, P. M. et al. Parto planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, III série, n. 2, p. 81-90, dez. 2010.

DATASUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 24 de abril de 2012.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, London, v. 75, n. 1, p. 5-23, Nov. 2001.

_____ et al. A iniciativa internacional pelo nascimento mãe-bebê: uma abordagem de um atendimento materno eficiente à luz dos direitos humanos. **Rev. Tempus Actas Saúde Col.**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 93-103, 2010.

FEYER, I. S. S. **Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC**. 2011. 196f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FONTANA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidade pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 11, p. 2480-2488, nov. 2009.

KOETTKER, J. G. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

KRUNO, R. B. **Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização**. 2004. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

LEININGER, M. Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. **Nurs. Sci. Q.**, Chicago, v. 20, n. 1, p. 9-13, Jan. 2007.

_____; McFARLAND. **Culture care diversity and universality**. A worldwide nursing theory. New York: Jones and Bartlett's Publishers Inc., 2006.

LOPES, C. V. et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 484-490, jul./set. 2009.

LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, mai./ago. 2005.

MARTINS, C. A.; ALMEIDA, N. A. M.; MATTOS, D. V. Parto domiciliar planejado: assistido por enfermeiro obstetra. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 11, n. 27, p. 312-317, jul. 2012.

MATOS, T. A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, n. 36, v. 6, p. 998-1004, nov./dez. 2010.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. dos; SILVA, L. R. da. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 765-772, dez. 2008.

MILBRATH, V. M. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 462-467, abr./mar. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2004.

OLIVEIRA, A. S. S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. esp., p. 32-41. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

PHILLIPS, E.; MCGRATH, P.; VAUGHAN, G. I wanted desperately to have a natural birth: mothers' insights on vaginal birth after caesarean (VBAC). **Contemporary Nurse**, Sunshine Coast, v. 34, n. 1, p. 77-84, dec.2009/jan.2010.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 527-537, out. 2010.

ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-112,

jan./mar. 2010.

RONCONI, A. P. L. et al. Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 277-281, out./dez. 2010.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 60-65, jan/fev. 2011.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.10, n. 2, p. 483-491, jul/dez. 2002.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 339-346, jun. 2008.

VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, abr./jun. 2012.

WOLF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, jul./set. 2008.

4.3 ARTIGO 3 - DO DOMICÍLIO PARA O HOSPITAL: PERCEPÇÕES DAS PARTURIENTES SOBRE O ATENDIMENTO PROFISSIONAL POR OCASIÃO DA TRANSFERÊNCIA

Renata Angeloni Burigo
Marisa Monticelli

RESUMO: Investigação exploratório-descritiva qualitativa, com objetivo de conhecer as percepções das mulheres sobre o atendimento recebido dos profissionais do parto domiciliar e hospitalar, por ocasião da transferência para a instituição, durante o trabalho de parto, sob aporte teórico de referência antropológica. Os dados foram coletados entre novembro de 2011 e abril de 2012, com 21 mulheres de três capitais brasileiras, através de entrevista aberta, utilizando o método História de Vida. Os procedimentos interpretativos, realizados com base na análise temática, resultaram em dois temas, que revelaram os aspectos relacionais mantidos com as equipes que as assistiram, em ambos os cenários assistenciais, bem como as recomendações que fazem, especialmente aos profissionais que atuam em nível domiciliar, sempre que remoções dessa natureza forem necessárias. Para que haja cuidado culturalmente congruente é necessário que se imprima uma ação intencional, construída pela interação entre as práticas obstétricas e a valorização dos saberes e desejos das parturientes e suas famílias.

DESCRITORES: Parto. Relações profissional-paciente. Serviços de saúde. Enfermagem obstétrica. Transferência de pacientes.

FROM HOME TO THE HOSPITAL: PARTURIENT WOMEN'S PERCEPTIONS ON PROFESSIONAL CARE ON THE OCCASION OF THE TRANSFER

ABSTRACT: The objective of this exploratory-descriptive qualitative study, conducted within the anthropological framework, was to identify the perceptions of women concerning care provided by professionals during home and hospital births at the time of being transferred to a health facility while in labor. Data were collected from November 2011 to April 2012, using the Life History method through open interviews held with 21 women from three Brazilian capitals. The testimonies were thematically analyzed and two themes emerged, which revealed the relational aspects maintained with the staff that provided care in both care settings, and the recommendations women make to professionals assisting home births whenever a transfer to a hospital is required. The

delivery of culturally congruent care requires an intentional action, built on the interaction of obstetrical practices and the valorization of the knowledge and desires of pregnant women and their families.

DESCRIPTORS: Parturition. Professional-patient relations. Health services. Obstetric nursing. Patient transfer.

DEL DOMICILIO AL HOSPITAL: PERCEPCIONES DE LAS PARTURIENTES SOBRE LA ATENCIÓN PROFESIONAL CON OCASIÓN DE LA TRANSFERENCIA

RESUMEN: Investigación exploratoria-descriptiva cualitativa, con objeto de conocer las percepciones de las mujeres sobre la atención recibida de los profesionales del parto domiciliario y hospitalario, con ocasión de la transferencia a la institución, durante el trabajo de parto, partiendo del referencial teórico de la antropología. Los datos fueron recolectados entre noviembre del 2011 y abril del 2012, con 21 mujeres de tres capitales brasileñas, a través de entrevista abierta, utilizando el método Historia de Vida. Los procedimientos fueron sometidos al análisis temático y resultaron en dos temas, que relevaron los aspectos relacionales mantenidos con los equipos de asistencia, y también sus recomendaciones, especialmente a los profesionales que actúan en nivel domiciliario, siempre cuando este tipo de remoción es necesaria. Para que ocurra el cuidado culturalmente congruente, se debe imprimir una acción intencional, construida por la interacción entre las prácticas obstétricas y la valorización de los saberes y deseos de las parturientes y sus familias.

DESCRIPTORES: Parto. Relaciones profesional-paciente. Servicios de salud. Enfermería obstétrica. Transferencia de pacientes.

INTRODUÇÃO

Para a maioria das mulheres brasileiras, o parto e o nascimento do bebê são percebidos como fenômenos integrantes do ciclo vital, sendo geralmente comemorados e celebrados em família (SILVA, BARBIERI, FUSTINONI, 2011; SCHMALFUSS et al., 2010; RATTNER, TRENCH, 2005). Embora parto e nascimento sejam eventos universais e considerados “naturais”, em face da condição reprodutiva da mulher e da fisiologia neonatal, autores da área socioantropológica, principalmente relacionada à antropologia do parto, têm argumentado sobre a necessidade de explorar tais eventos sob o ângulo das subjetividades e da rede de símbolos e significados coletivos, uma vez

que são, indissociavelmente, fenômenos culturais, ou seja, construídos nas relações sociais, portanto, ainda que sejam universais, são também diversos, em termos das representações e práticas referentes à parturição (DAVIS-FLOYD, 2007; LEININGER, 2007; TORNQUIST, 2005).

Diante disso, pode-se afirmar que cada mulher atribui significados peculiares ao parto, balizados nas concepções que foram geradas e reconstruídas a partir de crenças e valores advindos das interações com seus grupos de referência, incluindo aí, também, as relações com os profissionais que prestam assistência ao parto, em nível institucional ou domiciliar.

Em pesquisa recente, que apresentou e discutiu os dados sobre violência institucional em maternidades públicas, os autores ressaltaram que as mulheres apresentam sentimentos contraditórios com relação às instituições, e que isso se deve “à confiança no hospital como o lugar mais seguro para se ter um filho, e à desconfiança de que se é maltratada impunemente” (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011, p.83). As mulheres também destacaram a importância de uma relação favorável por parte do profissional, onde haja assistência individualizada, respeito à privacidade, atenção nas queixas, e tecnologias que sejam usadas quando necessárias e bem realizadas. Essas condutas são valorizadas para que se sintam bem cuidadas, porém relatam mau atendimento diante das experiências vivenciadas.

A condição de maltrato por parte de alguns profissionais, seja por atitudes ou palavras grosseiras, seja por procedimentos realizados sem privacidade, de forma automática e sem consentimento da mulher, faz com que a assistência seja mecânica, tecnicista, e nem sempre “humanizada”, conforme assinala Davis-Floyd (2001). Em contrapartida a esse tipo de assistência, e pelo parto ser um momento relevante e de grande expectativa no ciclo de vida feminino, algumas mulheres buscam experiências diferenciadas, que permitam operacionalizar suas crenças e valores culturais, vivenciando-os de maneira íntima, ao lado de pessoas significativas, e em ambiente propício para atuarem como protagonistas dessa experiência. Para isso, procuram profissionais que sejam, ao mesmo tempo, capacitados e especializados no ofício obstétrico, e respeitadores de suas preferências e expectativas com relação ao parto e nascimento; características estas, mais frequentemente observadas nas equipes que atuam no parto em nível domiciliar (FEYER, 2012).

Tornquist (2002), por sua vez, refere que a escolha pela vivência do parto domiciliar (PD) traz alguns dos valores individualistas/libertários ao campo da parturição, entre eles, a sexualidade da mulher, a participação do pai no processo, a valorização

do feto/recém-nascido como um sujeito dotado de individualidade; sendo tudo isso fruto da incorporação de um tipo-ideal de parto.

As escassas publicações brasileiras relacionadas ao tema referem que a opção pelo parto em casa está ligada a uma série de fatores como história de vida, possibilidade de colocar em prática seus valores com relação à vida (em sentido lato) e à experiência parturitiva (em sentido estrito), assim como a escolha informada a partir de contatos com entidades, pessoas que apoiam a prática, ou mesmo leituras de artigos científicos, sites sobre o tema e busca em redes sociais, procurando os direitos sobre os cuidados que elas podem receber e exigir dos profissionais que as assistem. Porém, acima de tudo, almejam um atendimento diferenciado por parte desses profissionais (KOETTKER et al., 2012; MARTINS, ALMEIDA, MATTOS, 2012; COLACIOPPO et al., 2010; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008).

Mesmo que nem todas essas mulheres simpatizantes do parto domiciliar consigam efetivamente concretizar o sonho, algumas chegam muito perto disso. Contudo, por razões clínico-obstétricas, a despeito de todos os preparativos realizados desde o pré-natal, e sob supervisão e acompanhamento de uma equipe de profissionais de saúde habilitados para a tarefa, precisam ser transferidas, em pleno trabalho de parto, para uma instituição hospitalar, a fim de terem resguardadas suas condições de saúde e as de seus bebês.

Esta condição de remoção sempre foi alvo de preocupação de uma das pesquisadoras, como integrante de equipe que prestava assistência a partos domiciliares, pois ainda que todos os cuidados fossem tomados para que a experiência resultasse no menor impacto possível para as mulheres, durante as visitas pós-parto, já de volta a casa, ouvia frases como: ‘por quê será que o pessoal que trabalha no hospital não consegue aceitar que eu escolhi o domicílio para ter o parto’? ‘Me senti cobrada e até humilhada pelos profissionais do hospital, só porque eu optei pelo parto domiciliar!’ Em virtude disso, visando aprofundar a compreensão de tal vivência, foi desenvolvida então a presente investigação, com o objetivo de conhecer as percepções de mulheres sobre o atendimento recebido dos profissionais do parto domiciliar e hospitalar, por ocasião da transferência para a instituição, durante o trabalho de parto.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, a partir do método História de Vida. Através

desse método o pesquisador utiliza das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas, onde o que importa é o ponto de vista do sujeito que narra o fato vivenciado (BERTAUX, 2010; 2005).

A escolha das mulheres foi amparada pelos seguintes critérios: a) ter experienciado o preparo para um parto domiciliar planejado, assistido por profissional de saúde; b) ter sido transferida para instituição hospitalar/maternidade durante o trabalho de parto (independente do tipo de justificativa para a transferência); c) ter decorrido qualquer intervalo de tempo entre o parto e o momento da entrevista; e d) ter idade maior que 19 anos, no momento da entrevista.

A captação dessas mulheres foi intermediada por profissionais que atendem partos domiciliares em três Estados brasileiros, haja vista os contatos anteriores que uma das pesquisadoras já mantinha com os mesmos. Os profissionais de Santa Catarina e Rio Grande do Sul enviaram endereços eletrônicos e telefones das mulheres que foram transferidas, durante a atuação das respectivas equipes. Já o profissional de São Paulo lançou mão de uma rede social para contatar com as mulheres atendidas no domicílio, independente de terem ou não sido removidas para o hospital, quando em trabalho de parto. Assim, as que se interessaram em participar da investigação, procuraram então as pesquisadoras, por meio de correio eletrônico disponibilizado. Em razão da estratégia adotada para a captação, algumas mulheres não foram incluídas, por não preencherem o critério da remoção durante o trabalho de parto.

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2011 e abril de 2012, por intermédio de entrevista aberta (BERTAUX, 2010; 2005), que contemplou perguntas que abrangiam como percebiam o atendimento feito pelos profissionais do PD, e também, quais eram os sentimentos com relação à atuação dos profissionais que as assistiram na maternidade, desde a internação até a alta. As depoentes escolheram o local da entrevista (que poderia ser em qualquer lugar da cidade, pois a pesquisadora se deslocaria até lá), bem como o dia e a hora de realização da mesma. A maioria optou pela própria casa, outras preferiram o local de trabalho, cafeteria, shopping e escola do filho.

Ao final, participaram da pesquisa 21 mulheres, sendo que 12 eram residentes em Florianópolis-SC, seis em Porto Alegre-RS e três em São Paulo-SP. Este número de depoentes foi baseado nos princípios de saturação indicados pelos estudos de natureza qualitativa (FONTANA; RICAS; TURATO, 2008).

O registro foi feito através de gravações e, após, transcritas e submetidas à análise temática (MINAYO, 2010), de onde demandaram

dois temas: *“Algumas pessoas foram legais, outras nem tanto”* e *“Sugestões aos profissionais do parto domiciliar para as situações de remoções maternas”*. Tais resultados foram analisados sob o enfoque da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A pesquisa foi aprovada em 31 de outubro de 2011, sob protocolo nº 2267, perante o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, e foi norteada pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as depoentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a socialização dos resultados foi garantida a privacidade das depoentes e dos profissionais por elas citados, bem como as cidades de moradia, respeitando o anonimato e o sigilo das informações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características das depoentes

No momento da entrevista, a idade das mulheres variou entre 26 e 42 anos. No que diz respeito ao estado civil, 15 eram casadas, quatro conviviam em união estável e duas se consideravam solteiras. Quanto à escolaridade, 18 possuíam o terceiro grau completo, sendo que a metade tinha terminado algum curso de pós-graduação e duas estavam cursando a faculdade. Apenas uma possuía somente o segundo grau. No dia do trabalho de parto, 18 mulheres eram primíparas e três secundíparas. Três dessas mulheres engravidaram posteriormente, sendo que os partos aconteceram em ambiente hospitalar, porém, uma delas manifestou o desejo de ter tido parto domiciliar, mas, por motivos financeiros, não teve como optar por essa modalidade. Todas as 21 mulheres se prepararam para que o PD ocorresse de forma planejada e assistida por profissionais de saúde. As remoções para a instituição ocorreram entre os anos de 2006 a 2012, sendo que 18 mulheres seguiram para maternidade privadas e três para públicas, a maioria já tendo uma instituição de escolha, caso necessitasse deste tipo de suporte. O tempo decorrido entre o parto e a entrevista variou entre um mês e 20 dias a 6 anos, um mês e 18 dias.

“Algumas pessoas foram legais, outras nem tanto”

Quanto à apreciação que fizeram a respeito do atendimento recebido, a maioria das avaliações que as mulheres exploraram no decorrer das entrevistas, se concentrou em torno dos profissionais que as assistiram na maternidade e, ainda assim, o foco da avaliação não foi

positivo, principalmente no quesito acolhimento, interação e interesse por seus sentimentos e escolhas, enquanto vivenciavam o período transicional do trabalho de parto. *Logo depois do parto eu tomei um xingão do médico e isso me deixou muito irritada e mais frustrada [...]. Ele disse: 'olha, se tu tiver outro filho, por favor, não tente o parto em casa'. Eu fiquei muito chateada, porque é uma escolha tua! [pausa] eu achava que tinha que ser respeitada pelo profissional. Se eu tava ali porque não deu certo, ele tinha que me acolher, e não me jogar um balde de água fria* (Juliana); *Eu não precisava levar bronca na hora que meu filho tava nascendo. Ela [médica] podia ter sido boazinha na hora e me encher o saco no dia seguinte. Não precisava ter vindo com lição de moral na hora [...] de uma moral que é dela, não minha!* (Eva).

As depoentes sentiram-se desamparadas, não somente por estarem em pleno trabalho de parto, mas por ser este um dos momentos mais marcantes de suas vidas. Suas falas estavam repletas de ressentimentos, particularmente por se sentirem depreciadas em razão da opção pelo PD. É visível que na teia de símbolos e significados impressa no comportamento destes profissionais não há espaço para outro local para dar à luz, que não seja o hospital. Schamalfuss et al. (2010), em estudo sobre o cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição, também mencionam a visão preconceituosa por parte de alguns profissionais, quando a mulher age de maneira diferente do esperado, ao se colocar, por exemplo, numa posição para parir que não é convencional. Este tipo de representação também pode estar vinculado à resistência da biomedicina em aceitar a existência de outros modelos de atenção, já que o processo de formação profissional, muitas vezes, sequer discute outros cenários parturitivos (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Além disso, grande parte das mulheres também expôs que seus bebês não foram assistidos de forma respeitosa na instituição. *A criança tá ali [útero materno], com tudo perfeito, e de repente: corta, abre, puxa, tira, corta o cordão umbilical, suga o nariz e a boca...dá pra ficar traumatizado o resto da vida!* (Pâmela); *Eu tava dormindo com ela [filha], toda aninhada, e a pediatra brigou comigo porque eu tava com ela na cama* (Carol); *Teve uma que chegou para dar banho e lavou a Aline [filha] como se ela tivesse encardida, porque esfregou de um jeito!* *E nisso já entrou duas pediatras no quarto, que nem um furacão. Uma foi pegando ela, outra já veio apertando meu peito* (Adriana). Os depoimentos mostram que o modo rotineiro de lidar com o recém-nascido configura-se, justamente, no avesso dos rituais de cuidado que essas mulheres esperavam encontrar, quando fizeram a opção pelo PD.

As expressões usadas são sugestivas, inclusive, de alguns tipos de violência, não apenas física, mas também simbólica, uma vez que não se trata apenas de procedimentos invasivos e, muitas vezes, desnecessários, mas também da interceptação de um modo próprio que estas mulheres têm de tentarem exercer a maternagem, como foi o caso de Carol, que teve sua ação questionada quando acalentava o filho, sendo julgada, provavelmente, como mimo excessivo, ou como potencial fonte de risco. Frello e Carraro (2010) mencionam as rotinas institucionais como “cuidado massificado”, onde o ser é tratado a partir de procedimentos estabelecidos, e que nem sempre é o melhor para ele. As falas mostram que as mulheres se sentiram submissas aos eventos da hospitalização, um aspecto que é reiterativo nos estudos de Leininger e Mcfarland (2006), que identificam tais expedientes como imposição cultural, onde o cuidado profissional prevalece sobre o popular, e onde os valores e crenças dos usuários não são valorizados.

Apesar das apreciações terem sido quase exclusivamente negativas, algumas mulheres fizeram questão de sublinhar que receberam assistência respeitosa de alguns profissionais da maternidade, especialmente após o parto. Embora pontuais e não específicas de uma ou outra categoria profissional, são ações que ainda continuam presentes na memória das depoentes, mesmo que muitos anos tenham decorrido do evento. *A enfermeira foi muito gentil, me ajudou a colocar ela no seio, e aí a sensação foi maravilhosa de estar com a minha cria* (Juliana); *Um dos médicos foi ótimo no dia, até contou piada pra mim* (Elaine); *No dia seguinte a doutora foi no quarto, veio falar comigo e perguntou se tava tudo bem* (Eva); *O pessoal da enfermagem foi legal. O fato de irem ensinar a dar banho...a pediatra também conversava, isso eu gostei* (Letícia). Mesmo sendo gestos considerados imprescindíveis para quem cuida de seres humanos, como a gentileza, o sorriso, o interesse, e, acima de tudo, o conhecimento de que tais atitudes são um direito que os usuários possuem, essas mulheres sobrevalorizaram tais expedientes, provavelmente em face da sensação de relaxamento pela qual foram acometidas, uma vez que “o pior” já havia passado; afinal, após tantas turbulências, agora elas estavam com os filhos nos braços (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Com relação aos aspectos positivos durante o parto propriamente dito, apenas um profissional foi citado por mais de uma mulher, trazendo lembranças fortes, que as emocionaram. O anestesista que atuou nos casos em que houve necessidade de cesariana apareceu nos depoimentos como o elemento da equipe que mais fez a diferença. *Ele [anestesista] foi a salvação do parto, foi a pessoa que tava ali do lado e*

que pelo menos interagiu comigo: ‘olha, meu nome é tal, e vim te ajudar, e tá acontecendo tal coisa [...]’. Pronto, ele saiu, agora vão limpar você e daqui a pouco o neném vem’ [choro]. Ele que me falava tudo que tava acontecendo e foi a melhor pessoa que tava ali (Eva); O anestesista foi muito bacana (Luíza); O anestesista foi o mais amável e atencioso (Raquel). Nestes casos, o anestesista se mostrou complacente com essas mulheres, tratando-as com respeito e estabelecendo uma relação de confiança, ao mesmo tempo em que se mostrava sensível aos seus anseios, narrando ocorrências das quais elas não podiam participar, como no caso de Eva. Neste contexto quase caótico da sala cirúrgica, receber informação é sinônimo de humanização, representa o cuidado na atenção obstétrica e, como referem Nagahama e Santiago (2008), constitui característica desejável de um profissional competente. Contudo, o fato deste profissional ser o anestesista ainda é surpreendente e precisa ser melhor investigado em outros estudos, já que não são frequentes as publicações que o incluem como um agente identificado com a humanização do parto, principalmente porque não possui formação específica em obstetrícia. Em uma pesquisa realizada em instituições públicas no sul do Brasil, o anestesista aparece como um dos profissionais mais indicados pelas mulheres como alguém responsável pelas orientações no parto, no entanto, esses dados não foram foco de interpretação (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Com relação ao atendimento recebido dos profissionais, no trabalho de parto vivenciado em casa, praticamente todas as mulheres expressaram sentimentos positivos, apesar da situação de urgência que vivenciaram. *Eu confiei bastante (Laura); Eu confiei muito. Deixei acontecer (Adriana); A gente passa a ter uma relação de muita confiança. Eu acho que tomaram a decisão certa (Paloma); A força que as pessoas se olharam, esse olho no olho [...]. Confiei sempre (Alice); Palavras de incentivo e apoio elas deram, tranquilidade elas passaram. Em nenhum momento eu senti que eu ou o bebê tava em risco... (Juliana).* Todos os depoimentos mostram que o vínculo estabelecido desde o início do atendimento, ainda por ocasião do pré-natal, foi uma qualidade imprescindível para a confiança na equipe; confiança essa que também aparece em outros estudos que abordam as justificativas das mulheres pela escolha deste local para a ocorrência do parto, mesmo que tais estudos não estejam vinculados à temática da remoção para a maternidade (LINDGREN, ERLANDSSON, 2010; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; LINDGREN, HILDINGSSON, RADESTAD, 2006).

Além de mostrarem que confiaram na decisão da equipe, quando

esta optou pela transferência, as mulheres também foram reiterativas em frisar o quanto se sentiram tranquilizadas por terem sido acompanhadas por uma das profissionais da equipe, no trajeto para a instituição e, até mesmo, na continuidade da assistência intra-hospitalar. Esse fato foi possível somente nas maternidades privadas, já que nas maternidades públicas a atual forma de atenção ao parto e nascimento só permite à gestante o direito a um acompanhante de sua escolha, dando preferência para o pai do bebê, impossibilitando dessa forma o cuidado continuado por parte do profissional que acompanhava em casa. *Eu não teria ficado tão tranquila se ela [enfermeira do PD] não tivesse lá comigo no hospital, na hora do vamos ver. Foi um anjinho ali na hora comigo, me acalmando...* (Adriana); *Eu tava apavorada, porque eu tinha fobia de hospital, mas o apoio da enfermeira foi fundamental* (Luíza). As depoentes também lembraram do cuidado recebido da equipe, por ocasião do retorno ao domicílio, após a alta hospitalar, seja presencialmente, ou mesmo disponibilizando um número de telefone. *A presença delas amenizou aquela coisa triste que eu vivenciei. Isso fez uma diferença!* (Carol); *A atenção delas, ao voltar para casa, é muito mais próxima daquilo que a gente acredita* (Adriana); *Tinha o telefone da enfermeira que ficou marcado no meu celular, daí eu ligava, isso amenizava tanto* (Eva); *A disponibilidade 24 horas foi fundamental* (Carol). Apesar da experiência temerosa e impactante, as enfermeiras do PD fizeram diferença na vida dessas mulheres, validando que essas profissionais atuam em busca de uma assistência mais individualizada, e atendendo as necessidades da mulher, do recém-nascido e da família, como referem Crizóstomo, Nery e Luz (2007), e também mais próxima do cuidado culturalmente congruente (LEININGER; McFARLAND, 2006), em que se respeitam valores, crenças e modos de vida dessas mulheres.

No entanto, duas depoentes referiram algum tipo de desamparo por parte da equipe do PD. *Eu não estava totalmente preparada para uma possível remoção. Acho que deveriam preparar melhor no caso de acontecer isso. Foi tudo muito brusco* (Elaine); *Eu acho que eu parei o meu processo de parto porque eu me senti muito observada, isso travou o fluxo natural. Quando alguém perguntava alguma coisa, parava a contração e quanto mais isolada e quieta eu estava, melhor era o trabalho de parto. Eu achei muito movimento. Acho que isso atrapalhou um pouco* (Luíza). Nesses casos, a equipe não atendeu a demanda e as expectativas das mulheres, gerando insatisfação, seja em relação à necessidade de preparo para um possível enfrentamento de remoção, ou diante de hiperestimulação, quando o desejo da parturiente era o de

concentrar-se inteiramente na vivência do parto. Estes aspectos não têm sido explorados por pesquisadores brasileiros e deve merecer outros estudos que ajudem no aprofundamento da temática.

Necessidade de maior preparo das parturientes para possível transferência do domicílio para a instituição hospitalar

As mulheres refletiram sobre suas vivências e fizeram sugestões de como elas poderiam ter sido mais bem preparadas pelos profissionais do parto domiciliar para o “plano B”, ou seja, a remoção para uma instituição. Apesar de referirem que tiveram um pré-natal com intensivo apoio da equipe, seja nos aspectos técnicos ou de suporte afetivo, que houve planejamento de todas as etapas, desde a gestação, até o puerpério, e que uma provável necessidade de remoção para a maternidade também fazia parte desse processo, como um evento imponderável, elas sentiram falta de um reforço mais contundente. *Acho que poderiam fazer uma simulação da transferência* (Leila); *Eu acho que se deve dedicar uma consulta pra discutir sobre possíveis desdobramentos no trabalho de parto* (Luíza); *Seria legal falar de um caso ou outro para pessoa saber que acontece* (Adriana); *Gostaria de ter escutado mais sobre o plano B. Para os profissionais é complicado isso, mas eu acho que é necessário* (Elaine); *Foi falado sobre isso sabe... [encaminhamento] mas o negócio já estava tão arraigado dentro de mim que eu nem ouvia. Isso aí não se aplica, não no meu caso* (Eva).

De forma geral, a ampla maioria argumentou que a equipe do PD deveria ser mais incisiva nas informações a respeito de possibilidade de transferência para uma instituição de saúde. Inclusive recomendaram que houvesse chamadas especiais envolvendo a temática, ainda durante o decorrer da assistência pré-natal, de forma que a gestante e sua família pudessem antever tal possibilidade como algo concreto, e não apenas como uma eventualidade, por isso as sugestões de realizar simulações ou mesmo explanações sobre experiências já vivenciadas pela equipe e as respectivas providências que foram tomadas. Tais sugestões poderiam ser incluídas naquilo que os estudiosos vêm chamando de plano de parto, que deve ser elaborado pelos profissionais, em conjunto com as gestantes e suas famílias, e que nem todas as equipes de PD operacionalizam. Este plano, se bem dialogado, pode informar sobre todas as alternativas disponíveis na assistência ao parto, com ou sem intercorrência, o que facilitaria a discussão sobre a temática da transferência (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012; SODRÉ et al., 2010).

Também aconselharam que pudesse haver troca de experiências

com outras mulheres que já vivenciaram algo parecido, pois isso poderia removê-las do conforto “excessivo” de que nada poderia acontecer com elas. *Eu fico pensando que eu gostaria de conhecer pessoas que tenham precisado de transferência também, pra saber qual a visão delas disso tudo* (Adriana); *Conversar com quem já passou por isso ajudaria a dar maior concretude à possibilidade de vir a precisar da transferência, embora estivesse tudo bem* (Alice).

Dentro deste contexto as mulheres também colocaram as experiências das parturientes que tiveram a cesariana como desfecho, pois o impacto, seja da remoção ou da cesárea, parece ser similar e, de certa forma, se fundem, como demonstram as falas a seguir. *Se fala muita na gestação do parto normal, como você quer, mas ninguém quer saber da outra possibilidade, ela é negada e escondida, mas ela é possível [...] você quer o parto domiciliar ou normal, é o ideal, mas você precisa estar consciente que pode dar errado, que você não controla isso, acho que isso é uma forma de ver com outros olhos a cesárea [...] se eu pudesse, eu teria me preparado para os dois [pausa], para que eu não me frustrasse tanto por não ter acontecido como eu queria, como eu sonhava* (Letícia); *Pode ser que tenha que ser encaminhada para uma maternidade e que tenha que fazer uma cesárea, mas isso não desqualifica ela como mãe. Mas ela tem que ser preparada pra isso* (Laura).

Um fator citado pelas mulheres e que de alguma forma auxiliou na formação da idealização de um parto normal, vaginal e sem qualquer possibilidade de intercorrência, foi a apresentação de vídeos, um recurso utilizado pelas equipes dos três Estados, no transcorrer da assistência pré-natal. *Mostrava [profissional] o vídeo de parto na água lindo, maravilhoso, e depois mostrava uma cesariana horrorosa. Não precisa ser assim, podia mostrar uma cesariana que foi necessária e que, por isso, foi maravilhosa* (Eva); *Porque a gente vê todos os vídeos de casos que deram certo, e tu não vê e nem discute nenhum vídeo de um caso que não deu certo* (Adriana). As depoentes foram unânimes em recomendar que essas estratégias educativas e/ou informacionais deveriam ser utilizadas, porém, com o foco em vários pontos de vista, para que estejam cientes da realidade e possam compreender melhor os rumos tomados, caso necessitem de transferência e/ou de se submeterem a uma cesariana. Isso, segundo Leininger e Mcfarland (2006), colaboraria para a aplicação do cuidado culturalmente embasado, como forma de prestar auxílio, dar apoio e suporte para o indivíduo, proporcionando o bem-estar, o crescimento e o enfrentamento das situações de dificuldades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres que passaram pela experiência da remoção percebem a atuação dos profissionais que atuam no domicílio e no hospital de forma distinta, não apenas por atuarem em locais de parto diferenciados, mas, especialmente, por respeitarem ou não seus valores e crenças culturais.

De modo geral, a apreciação que fizeram do atendimento prestado pelos profissionais das maternidades é pautada por problemas relacionados ao acolhimento, interação e interesse por seus sentimentos e escolhas, independente do hospital e do Estado em que foram transferidas. Tais aspectos são avaliados principalmente durante o parto, marcados pela ideologia de que o único lugar plausível para se ter um filho é a instituição de saúde, e não o domicílio. A assistência ao recém-nascido também foi avaliada negativamente, por entenderem que os mesmos são inteiramente submetidos à cultura institucional, independente das crenças e valores familiares, seja quanto à recepção do bebê, ou quanto ao exercício da maternagem. Chama a atenção que várias instituições citadas não respeitam sequer as recomendações da OMS que asseguram à mulher o direito de escolha sobre o local de parto.

Os poucos aspectos positivos do desempenho dos profissionais das maternidades referem-se à atuação diferenciada do anestesista, pelo respeito, sensibilidade e por ter sido responsável pelas informações que as mulheres receberam durante o parto, bem como à assistência de alguns profissionais que atuam no período pós-parto, sem destaque para algum em particular. O papel dos anestesistas, bastante frisado pelas depoentes na pesquisa, merece maior aprofundamento em futuros estudos, uma vez que a temática não tem sido explorada na literatura.

Com relação ao atendimento dos profissionais do parto domiciliar, a avaliação é preponderantemente positiva, sendo a confiança estabelecida desde o pré-natal, o fiel da balança para tal apreciação. A continuidade do acompanhamento, mesmo em terreno hospitalar, também foi citado como positivo, assim como o cuidado após a alta dispensado pelas enfermeiras das equipes. Contudo, as depoentes deixam claro que se o modelo oficial de atenção ao parto ocorresse de forma menos sectária (com os profissionais do PD podendo continuar assistindo no hospital as mulheres que estão sendo transferidas), haveria maior interlocução nas instâncias de referência e contrarreferência, e quem se beneficiariam seriam as parturientes e suas famílias.

Aspectos não totalmente favoráveis foram citados apenas pontualmente. Algumas mulheres referiram que gostariam de ter mais intimidade para vivenciarem o trabalho de parto e que gostariam de ser mais bem preparadas para a possibilidade da transferência, assim como para enfrentar a probabilidade de uma cesariana, no lugar do parto vaginal; este último, reiteradamente explorado pelas equipes, durante toda a gestação. Em vista disso, sugerem que um “Plano B” seja mais intensamente trabalhado com as famílias durante o pré-natal, incluindo-se aí a recomendação de que sejam feitas simulações de uma possível remoção, e convidadas outras mulheres que já tenham passado por situações como essa, para troca de experiências.

O estudo apresenta várias contribuições, seja para os profissionais que atuam nas instituições de saúde que recebem essas mulheres, ou para as equipes que atuam em nível domiciliar. Para que haja cuidado congruente com a cultura familiar é necessário que se imprima uma ação intencional, construída pela interação entre as práticas obstétricas e a valorização dos saberes e desejos das parturientes e suas famílias.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p.79-91, jan./mar. 2011.

BERTAUX, D. **Los relatos de vida**. Barcelona: Bellaterra, 2005.

_____. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. São Paulo: Paulus, 2010.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 658-668, out./dez. 2011.

COLACIOPPO, P. M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, III série, n. 2. p. 81-90,

dez. 2010.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, mar. 2007.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, London, v. 75, n. 1, p. 5-23, Nov. 2001.

_____. Daughter of time: the postmodern midwife (part I). **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 705-710, dez. 2007.

FEYER, I. S. S. **Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC**. 2011. 196f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FONTANA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. eletrônica enferm.** Goiânia, v.12, n. 4, p.660-668. 2010.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 107-114, jan./mar. 2006.

KOETTKER, J. G. et al. Resultados de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde**

Pública, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 747-750, ago. 2012.

LEININGER, M. Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. **Nurs. Sci. Q.**, Chicago, v. 20, n. 1, p. 9-13, Jan. 2007.

_____; McFARLAND, M. **Culture care diversity and universality**. A worldwide nursing theory. New York: Jones and Bartlett's Publishers Inc., 2006.

LINDGREN, H.; ERLANDSSON, K. Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a Swedish population-based study. **Birth**, Hoboken, v. 37, n. 4, p. 309-317, Dez. 2010.

LINDGREN, H.; HILDINGSSON, I.; RADESTAD, I. A Swedish interview study: parent's assessment of risks in home births. **Midwifery**, London, v. 22, n. 1, p. 15-22. 2006.

MARTINS, C.A.; ALMEIDA, N. A. M.; MATTOS, D. V. Parto domiciliar planejado: assistido por enfermeiro obstetra. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 11, n. 27, p. 312-317, Jul. 2012.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. dos; SILVA, L. R. da. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 765-772, dez. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad.**

Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, ago. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Assistência ao parto normal:** um guia prático. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

RATTNER, D; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos.** São Paulo: SENAC, 2005.

SCHMALFUSS, J. M. et al. O cuidado à mulher com o comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. **Cienc. Cuid. Saúde.** Maringá, v. 9, n. 3, p. 618-623, jul/set. 2010.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p 60-65, jan/fev. 2011.

SODRÉ, T. M.; MERIGHI, M. A. B.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc. Cuid. Saúde.** Maringá, n. 11, suplem., p. 115-120. 2012.

SODRÉ, T. M. et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 452-460, jul./set. 2010.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, vol.10, n. 2, p. 483-491, jul/dez. 2002.

_____. Parteiras populares: entre o folclore e a escuta. **Revista Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 61-80, 2º sem. 2005.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres adeptas do PD em grandes centros urbanos têm esse ideal de parto reforçado ao longo da gestação, embora a maioria tenha iniciado essa construção em etapas anteriores da vida, através de aprendizados e compartilhamentos de histórias, experiências e crenças das redes familiares, de parentesco e também em participações nas redes sociais temáticas. Todas estas experiências modelam suas visões sobre o processo parturitivo em nível domiciliar e faz com que se mostrem “encantadas” com a perspectiva de terem seus bebês em casa. Para perseguir este objetivo mostram-se persistentes e resistentes e, inclusive, se não encontram apoio nos profissionais que estão realizando o pré-natal, não titubeiam em mudar de cidade, se for o caso, para concretizar o sonho.

Envolvidas que estão em perseguir a meta, sequer imaginam a possibilidade de mudança de local de parto, mesmo que a maioria tenha sido alertada sobre esta possibilidade pelos profissionais do PD, ainda durante o pré-natal. É no decorrer do andamento do TP em casa, quando começam a surgir o desânimo, o desgaste físico e a pouca progressão do TP, que as mulheres começam a inquietar-se com a probabilidade da transferência. Quando se concretiza esta necessidade, a mesma é sempre recebida como uma “má notícia”, apesar de todas as explicações sobre a mudança de ambiente, para que o parto aconteça em segurança.

As primeiras sensações, neste momento, são de frustração, culpa e revolta por não terem finalizado o projeto há muito tempo traçado. Seus valores e crenças ficam temporariamente confusos, pois acreditavam que este seria o melhor local de parto, para si e para seus bebês, e não na instituição de saúde. Além disso, se percebem tristes e desapontadas perante a rede social, já que, muitas vezes, tiveram que tolerar e superar palavras de desagrado de seus amigos e familiares sobre os riscos de parir em casa e a pretensa segurança oferecida pelos hospitais.

A partir do instante em que se materializa o “ter que ir” e se inicia o traslado propriamente dito, os sentimentos variam de coragem a angústia. Algumas mulheres se mostram confiantes por receberem apoio emocional do profissional que as acompanham durante todo o trajeto, enquanto outras se sentem desamparadas por terem que enfrentar esse percurso sem a companhia de um profissional.

Ao chegar à maternidade a dúvida mais premente refere-se ao desfecho obstétrico, porém, a primeira impressão é cercada por

indignação e sensação de despersonalização. A indignação refere-se, especialmente, aos trâmites burocráticos exigidos na internação, que se interpõem como prioritários às suas necessidades, e os sentimentos de despersonalização, pela descaracterização que acontece face às solicitações dos profissionais da instituição para que se livrem das vestes e acessórios, sendo que alguns deles são utilizados pelas parturientes como amuletos aos quais se agarram para a condução de um “bom parto”. Esses procedimentos são percebidos por elas como o princípio do processo de institucionalização, que faz com que deixem do lado de fora a individualidade e a dignidade.

À medida que imergem no ambiente hospitalar, as rotinas também vão sendo reforçadas pela adoção de procedimentos invasivos, algumas vezes dolorosos, além de terem que se submeter a relações de indiferença e autoritarismo por parte dos profissionais que prestam assistência. Grande parte dessas mulheres se sentiu cuidada de maneira indolente, o que as levou a sentirem-se anuladas e submissas perante os profissionais e a instituição, ainda que algumas delas tenham se sentido bem acolhidas e respeitadas pelos profissionais, principalmente pelo fato de não terem sido julgadas pelas decisões que tomaram de ter o parto em nível domiciliar.

Com relação ao desfecho obstétrico, somente seis das 21 mulheres puderam experimentar o parto vaginal, e pelo que referiram, elas mostram melhor enfrentamento diante da situação da remoção, se comparadas às que necessitaram de cesariana. As que tiveram que enfrentar uma cirurgia sentiram seu sonho duplamente desfeito, referindo culpa e também certa “incapacidade” por não terem conseguido exercer o que consideram parte do ciclo “natural” feminino, que é parir por via vaginal. Contudo, tanto para as que tiveram parto vaginal ou para a ampla maioria que se submeteu à cesariana, o nascimento da criança com saúde acabou sendo um lenitivo que “compensou”, ao menos temporariamente, a sofrida experiência da remoção.

Quando essas mulheres voltam para casa iniciam o que denominam como sendo o início do “processamento” da experiência vivenciada. Apontam que é somente aí que começa a “cair a ficha”, ou seja, a se darem conta que não se passou apenas por um período difícil, mas por um evento que acabou por ser um ponto de mutação na própria vida. Referem como uma temporada difícil e de demorada assimilação, marcada por sensações de tristeza pelo sonho desfeito, culpa pela “falha” de não ter podido parir “naturalmente” e, inclusive, momentos de profunda depressão. Para a maioria, a “pior fase” teve duração de três

a quatro meses. Com o passar do tempo, a tristeza foi cedendo lugar ao conformismo, sendo que a redenção veio com a maternidade, o cuidado e a dedicação direcionada ao filho. Entretanto, algumas ainda apresentam sentimentos de incompreensão e não aceitação, mesmo que anos tenham decorrido.

Quanto à avaliação relacionada ao atendimento recebido dos profissionais, apontam desagrado pela assistência recebida na instituição, porém destacam de forma positiva a figura do anestesista no momento do nascimento. Por outro lado, elas ressaltam o atendimento recebido pelos profissionais do PD em todos os momentos desse processo, estando vinculado a um laço de maior confiança e consideração por suas crenças e histórias de vida, particularmente com relação às enfermeiras. Para melhorar as decisões e procedimentos relacionados com necessidades de remoção para a instituição, apresentam diversas recomendações que poderão ser acatadas pelas equipes do PD, visando superar as fragilidades.

Do ponto de vista metodológico, pode-se confirmar que o Método História de Vida oferece a possibilidade para que as depoentes compartilhem uma importante fase de suas vidas, independente do tempo transcorrido entre a experiência vivenciada e a entrevista. O fato de “contarem” coisas ocorridas para alguém interessado em ouvir, mostra-se não apenas como uma estratégia importante para colaborar na construção de conhecimentos científicos relacionados ao tema, mas também como um componente fortemente cuidativo, uma vez que a narrativa auxiliou estas mulheres a dividirem suas angústias, incompreensões e especulações frente à situação vivenciada no processo de parturição.

Por outro lado, este método, mais do que uma ferramenta de pesquisa, torna-se um poderoso instrumento de avaliação e de propostas ligadas diretamente à atenção obstétrica institucional ou domiciliar, seja para o meio acadêmico/científico, os processos de formação profissional ou a assistência em saúde propriamente dita. Em face disso, algumas questões pertinentes merecem ser repensadas.

A primeira delas diz respeito à necessidade de contínua revisão nos processos de formação universitária, principalmente durante o aprendizado do ofício obstétrico, no sentido de que sejam incluídos os diferentes paradigmas assistenciais, que deveriam propiciar debates acadêmicos cientificamente validados e socialmente valorizados. A perspectiva biomédica deveria ser ensinada em congruência com outras perspectivas culturais, procurando-se validar não apenas os aspectos epidemiológicos, clínicos e obstétricos, mas também os aspectos

antropológicos e subjetivos da parturição e do nascimento, sob o prisma das mulheres e de suas famílias, considerando-se o pressuposto de que estes são eventos integrantes do ciclo da vida e não necessariamente eventos que exigem intervenções profissionais, muitas vezes desnecessárias.

Neste mesmo sentido, o processo de formação deveria incluir debates aprofundados acerca dos direitos reprodutivos e também sobre as políticas públicas de atenção ao parto e nascimento, no qual se encontram aquelas relacionadas ao parto domiciliar – um assunto quase ausente nas publicações brasileiras e, infelizmente, ainda um tabu nos currículos de graduação da área da saúde e nos currículos de formação de nível médio da enfermagem. Um melhor preparo do profissional poderia colaborar para que os resultados desta pesquisa se revertissem, encontrando mulheres mais bem fortalecidas para o enfrentamento de uma transferência para o hospital, e cuidadosamente recebidas, confortadas e cuidadas quando recebidas nas maternidades, sejam elas públicas ou privadas. Uma assistência digna e respeitosa é dever de qualquer profissional e direito de qualquer ser humano que busque o sistema de saúde.

Outro fator que pode facilitar a transferência da mulher e a mudança de percepção do profissional da instituição com relação ao PD é a incorporação desse local de parto no sistema de saúde, visto que esse ambiente é uma opção assegurada pelas recomendações da OMS, quando prescreve que é direito da mulher escolher onde deseja parir. Aliás, este fato parece ser ignorado ou não lembrado pelos profissionais da instituição, quando fazem seus julgamentos e depreciações à mulher que preferiu a casa como local de parto. Por isso, uma recomendação da presente pesquisa aos gestores é no sentido de melhor reorganização dos serviços, de forma que realmente se direcionem para as necessidades das mulheres, visando garantir os princípios das políticas de humanização ao parto e nascimento, além de fortalecer uma assistência baseada em evidências científicas, e também respeitando as recomendações da OMS.

Outro ângulo que os resultados mostram é que os profissionais do PD precisam buscar estratégias – apontadas com clareza pelas depoentes da pesquisa – para preparar melhor a mulher e seus familiares para situações de remoção para uma instituição de saúde. É necessário que os profissionais que atuam nesta área se conscientizem que não basta garantir segurança e planejamento adequados para todas as etapas do pré-natal até o pós-parto, se neste processo não estiver inserida a problematização com as mulheres e suas famílias sobre as potenciais

chances da ocorrência de uma quebra na cadeia do “baixo risco” obstétrico e neonatal, que poderá resultar na transferência para um hospital, ou ainda, na ocorrência de uma cesárea. Aliás, este desenlace, como se viu, pode ser tão impactante para as mulheres e suas famílias, quanto a remoção em si, uma vez que possibilidades de partos cirúrgicos são praticamente descartados (senão desvalorizados) durante o preparo das famílias para o PD.

Certamente que dar vez e voz a essas mulheres foi um importante meio, não apenas de obtenção de dados para serem processados sob os rigores de uma pesquisa qualitativa, mas, igualmente, uma oportunidade ímpar de ajudá-las a compreender um evento que foi tão impactante em suas vidas, auxiliando-as na redefinição de rumos e na renovação de esperanças em suas capacidades como mulheres e mães. Também foi uma estratégia para que, como profissionais de saúde atuantes nas instituições de saúde ou nos domicílios, possamos repadronizar valores, crenças e significados culturais, aprendendo incessantemente a respeitar os desejos, as decisões e as visões de mundo dos sujeitos que precisam de nossos cuidados e, especialmente, aprendendo a desenvolver o cuidado culturalmente congruente, não apenas como uma estratégia de cuidado respeitoso, mas como reforço concreto àquilo que a maioria de nós verbaliza reiteradamente como sendo um direito de cidadania de qualquer ser humano, grupo ou comunidade.

Ao mesmo tempo que o estudo ajudou a clarear esta face da realidade, por outro lado, é necessário frisar que trata-se de apenas uma face dela. O fato de não ter ouvido os familiares destas mulheres, e tampouco os profissionais de saúde, atuantes no PD ou nas maternidades, pode se caracterizar como limitações da pesquisa. Adiciona-se a isso o fato de ter entrevistado mulheres em apenas três capitais brasileiras, o que pode ser um viés regional (sudeste e sul), uma vez que há equipes de PD atuantes em outras regiões e contextos. Por outro lado, tais limitações apontam para a necessidade de outros estudos que envolvam estes outros agentes, buscando-se assim um melhor aprofundamento da temática, que possa reverter em benefícios para a assistência, de modo mais global.

É importante ainda ressaltar que embora os dados tenham sido coletados em três distintas cidades brasileiras, duas no Sul e uma no Sudeste, os resultados, aparentemente, não foram discrepantes, ao contrário, foram praticamente análogos, o que pode apoiar decisões de mudança na assistência às remoções, seja pelos profissionais das maternidades ou das equipes de PD, conforme as recomendações e sugestões apontadas pelas mulheres depoentes. Tal decisão cabe,

portanto, não apenas aos profissionais desses Estados, como também às equipes das demais regiões brasileiras que contam com serviços de atenção ao parto em nível domiciliar.

Como enfermeira e mestranda, penso que a realização de uma pesquisa qualitativa, utilizando a História de Vida como método de coleta de dados, e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, da enfermeira Dra. Madeleine Leininger, como apoio interpretativo, contribuiu para a construção do conhecimento sobre os significados impressos nesta problemática da mudança abrupta do local do parto e sua repercussão na vida das mulheres e suas famílias, permitindo amplas possibilidades do exercício de uma prática mais reflexiva, respeitosa e culturalmente congruente.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L. G. F. **Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na casa de parto David Capistrano Filho**. 2008. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BERTAUX, D. **Los relatos de vida**. Barcelona: Bellaterra, 2005.

_____. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. São Paulo: Paulus, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Brasília: O Conselho, 1996.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **ODM 5: melhorar a saúde materna**. Evolução das percentuais de cesárea. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/objetivos_desenvolvimento_160910.pdf. Acesso em 22/04/2011.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, A. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set/out. 2005.

CAMPOS, E. A. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidado em enfermagem. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q.

Antropologia para enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2009. p. 59-81.

CARNEIRO, R. G. Dizer sim à experiência. **Caderno Espaço Feminino**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 129-148, ago/dez. 2009.

CARRARO, T. E. Sobre teorias e marco conceitual: sua influência na metodologia da assistência. In: WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiania: AB, 2003. p.29-38.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing:** a systematic approach. Missouri: Mosby, 1995.

COLACIOPPO, P. M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, III série, n. 2. P. 81-90, dez. 2010.

DATASUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 24 de abril de 2012.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 75, n. 1, p. 5-23, nov. 2001.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa:** teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
DIAS, I. M. V.; SANTOS, R. S. Método história de vida e sua aplicabilidade no campo da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 9, n. 2. p. 278-286, ago. 2005.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 264 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge**: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. 2005.

FELDMAN, H. R. Estrutura teórica. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 75-84.

FEYER, I. S. S. **Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC**. 2011. 196f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FONTANA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GEORGE, J. B. Madeleine M. Leininger. In: _____. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 297-309.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLAT, R. et al. O método de história de vida na pesquisa em educação especial. Marília: **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.10, n.2, p.235-250, mai/ago. 2004.

GONÇALVES, R. C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Revista Katál**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 83-92. 2007.

KOETTKER, J. G. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

_____ et al. Hanami: o florescer da vida - enfermeiras no atendimento ao parto domiciliar planejado. In: Congresso Sul Brasileiro de aleitamento materno e banco de leite humano, 1. 2008, Blumenau. **Anais...** Blumenau: FURB, 2008.

_____ et al. Resultados de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p 747-750, ago. 2012.

KRUNO, R. B. **Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização**. 2004. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

LARGURA, M. **A assistência ao parto no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Edição do Autor, 2006.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

_____. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: Simpósio Brasileiro de teorias de Enfermagem, 1, 1985, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985a. p. 255-270.

_____. **Qualitative research methods in nursing**. Orland: Gruner, 1985b.

_____. Transcultural nursing theories and research approaches. In: _____. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practices. Toronto: John Wiley & Sons. 1978. p. 31-51.

_____; McFARLAND, M.. **Culture care diversity and universality**. A worldwide nursing theory. New York: Jones and Bartlett's Publishers Inc., 2006.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

_____. Estudo de teorias. In: _____. **Teorias de enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livro, 1995. p. 28-57.
LESSA, H. **Parto em casa**: vivências domiciliares. 2003. 97f.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MARRINER, A. Introducción al análisis de las teorías de enfermería. In: _____. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Ediciones ROL S.A, 1989. p. 1-11.

MARTINS, C.A.; ALMEIDA, N. A. M.; MATTOS, D. V. Parto domiciliar planejado: assistido por enfermeiro obstetra. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 11, n. 27, p. 312-317, Jul. 2012.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. dos; SILVA, L. R. da. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 765-772, dez. 2008.

MELEIS, A. I. Estratégias para o desenvolvimento de teorias de enfermagem. In: Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985. **Anais...** - Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985.

MILBRATH, V. M. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 462-467, jul/set. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem**: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém nascidos. 1994. 260 f. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

_____. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 473 f. Tese (Doutorado em

Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

_____; ALONSO, I. L. K.; LEOPARDI, M. T. Madeleine Leininger: teoria de enfermagem transcultural. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livro, 1999. p. 94-102.

_____; ELSSEN, I. A cultura como obstáculo: percepção da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 26-34, jan/mar. 2006.

NEVES, E. P; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3. 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1984. p. 210-229.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. 116 f. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil) – Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____; TSUNECHIRO, M. A; SAITO, E. A contribuição da enfermagem na promoção do parto natural. **Revista Conexão SEESP**, São Paulo, v.29, p. 1-4. 2010.

PETER, A. P. C. et al. **O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no contexto domiciliar**: abrindo novos caminhos para a enfermagem. 2005. 186 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade

Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Estruturas teóricas e conceituais. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 221-245.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v 13, supl. I, p 759-68. 2009.

_____; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: SENAC, 2005.

REIS, A. T. **O significado da cirurgia neonatal na presença de malformações congênitas**: a visão materna para o cuidar de enfermagem. 2009. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas na assistência ao parto: concepções de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 582-588, jul/set. 2009.

SANTOS, I. M. M. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo**: bases para assistência de enfermagem neonatal. 2008. 257 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

_____; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto & Contexto**

Enfermagem. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 714-719, out/dez. 2008.

SANTOS, R. S. S.; GLAT, R. **Ser mãe de uma criança especial:** do sonho à realidade. Rio de Janeiro : Editora Escola Anna Nery/UFRJ, 1999.

SCHMALFUSS, J. M. et al. O cuidado à mulher com o comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. **Ciência Cuidado Saúde.** Maringá, v. 9, n. 3, p. 618-623, jul/set. 2010.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 64, n. 1, p 60-65, jan/fev. 2011.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa:** um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. 2005. 156 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

_____. A casa como lugar de nascimento: uma reflexão antropológica sobre a “revitalização” contemporânea do parto domiciliar na cidade de Florianópolis. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, 7. 2006, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006, p 1-7.

TOMEY, A. M. Introducción a la análisis de las teorías de enfermería. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías em enfermería.** 4. ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999. p. 3-15.

_____. Introduction to analysis of nursing theories. In: _____. **Nursing theorists and their work.** 3. ed. St. Louis: Mosby. 1994.p. 3-16.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, vol.10, n. 2, p. 483-491, jul/dez. 2002.

_____. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. 429 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

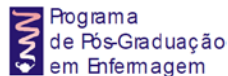
TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

VIANA, P. A experiência de trabalho do Grupo Curumim com parteiras tradicionais. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 209-214. 2010.

ZVEITER, M.; PROGIANTTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano XVIII, n. 182, p. 86-92, jun. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 37219399 - 37219480 Fax (48) 37219787 - ramal 55
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
Homepage: www.pen.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA⁴

Ao assinar este documento estou dando meu consentimento para participar de uma pesquisa intitulada **“Preparando-se para o parto domiciliar e tendo o bebê no hospital: os significados dessa experiência para as mulheres”**, que será conduzida pela mestrand Renata Angeloni Burigo (pesquisadora principal) e orientada pela Professora Dra. Marisa Monticelli (pesquisadora responsável).

Estou ciente que participarei de uma pesquisa que pretende conhecer os sentimentos das mulheres que se prepararam para um parto domiciliar e que tiveram que ser encaminhadas para a instituição, ainda durante o trabalho de parto. Os resultados dessa pesquisa servirão para ajudar os profissionais que atendem ao parto no domicílio a prepararem melhor as gestantes e seus acompanhantes, durante o desenvolver das ações do pré-natal, sobre as possibilidades da ocorrência deste tipo de encaminhamento para uma instituição-maternidade. Possivelmente isso auxiliará a amenizar a frustração com a mudança do local de parto. Seus achados possibilitarão, também, que as equipes de saúde das instituições adotem uma assistência que respeite os desejos e as escolhas dessas mulheres, atendendo-as com dignidade e atenção merecidas.

Estou orientada que a pesquisadora principal irá me entrevistar,

⁴ O presente T.C.L.E. deverá ser assinado em duas vias. Uma ficará de posse da pesquisadora e a outra com as próprias participantes da pesquisa.

respeitando minha disponibilidade e os locais de minha preferência para a condução da entrevista. Estou suficientemente esclarecida de que a entrevista será gravada somente se eu concordar.

Sei também que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os propósitos da pesquisa.

Estou ciente que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Será utilizado nome fictício.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso me negar a participar da mesma, em qualquer momento, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo à minha pessoa. Para isso, basta que eu comunique a decisão, por qualquer meio, à pesquisadora principal.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso solicite, e que as pesquisadoras são as pessoas com quem devemos contar, no caso de dúvidas sobre o estudo, ou sobre meus direitos como participante.

Caso eu concorde em participar, assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora e a outra, em meu poder.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos telefones da pesquisadora principal: (48) 3209-7904 ou (48) 9958-1070 ou pelo e-mail da mesma: reburigo@yahoo.com.br

_____, ____/____/_____
(cidade) (data)

Assinatura da mulher

Documento de Identidade

APÊNDICE B - ROTEIRO-GUIA PARA A ENTREVISTA

Entrevista número: _____

Pseudônimo: _____

Data:

Local:

Duração da entrevista:

Dados de identificação:

Nome:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão/ocupação:

Crença religiosa:

Naturalidade:

Cidade onde reside:

Endereço:

Endereço em que o parto aconteceu:

Tempo de moradia:

Telefone:

E-mail:

Dados obstétricos do atendimento domiciliar

Gesta: Para: Aborto anterior:

Consultas pré-natal com médico (da equipe ou não, se for o caso):

Consultas pré-natal com profissional do parto domiciliar (quem realizou: médico? Enfermeiro?)

Se mais de um parto - tipos de parto, local de nascimento:

Razão do encaminhamento, de acordo com o entendimento da depoente:

Razão do encaminhamento, de acordo com a indicação profissional (sob o entendimento da mulher)

Concepções de parto:

Razões de escolha pelo parto domiciliar:

Como foi o atendimento na instituição (sob o ângulo da mulher)?

Questão norteadora da pesquisa:

Fale-me sobre a experiência de ter se preparado para um parto

domiciliar e ter sido encaminhada, durante o trabalho de parto, para uma instituição hospitalar.

ANEXOS

Certificado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2267

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA Nº 0584/GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2267 FR: 465469

TÍTULO: Preparando-se para o parto domiciliar e tendo o bebê no hospital: os significados dessa experiência para as mulheres

AUTOR: Marisa Monticelli, Renata Angeloni Burigo


Coordenadora do CEPSH UFSC

FLORIANÓPOLIS, 31 de Outubro de 2011.

ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS